



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

TESI di LAUREA

**“Analisi dei modelli assistenziali adottabili dal Infermiere di Famiglia o
Comunità per rendere possibile l'assistenza di prossimità”**

Relatore:
Prof.ssa a c. Elsa Labelli

Laureando:
Andrea Loris Borrelli
Matricola n. 1232690

Anno Accademico 2022/2023

ABSTRACT

PROBLEMA: In Italia stiamo assistendo all'aumento dell'età media della popolazione e il conseguente aumento delle patologie croniche, tra cui l'insufficienza cardiaca. Per far fronte a questo scenario, è stata introdotta la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFoC), che è il professionista di riferimento per l'assistenza infermieristica territoriale/domiciliare a persone e famiglie. In Italia, lo sviluppo di differenti esperienze di IFoC è stato necessario per far fronte all'attuale situazione epidemiologica e demografica della popolazione. Sul territorio italiano attualmente l'IFoC adotta molteplici modelli organizzativi assistenziali in assenza di una linea guida chiara che unifichi e delimiti quale sia quello più corretto da utilizzare a livello nazionale.

OBBIETTIVO: Lo scopo di questo studio è quello di identificare i modelli organizzativi assistenziali utilizzati dalla figura dell'IFoC sul piano nazionale e internazionale, ed individuare quale sia il più adatto da utilizzare conducendo un'analisi comparativa tra di loro.

CAMPIONE: soggetti con patologia cronica quale lo scompenso cardiaco a domicilio con età ≥ 45 anni, **METODI E STRUMENTI:** Sono stati consultati i seguenti database elettronici: PubMed, Scopus, Google Scholar, CINAHL Database, Cochrane Library, EBSCO e Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). Inoltre, sono state consultate anche le fonti fornite dal Sistema Bibliotecario di Ateneo dell'Università di Padova. La ricerca è stata condotta da marzo 2023 a ottobre 2023

RISULTATI: Sono stati analizzati 14 articoli dei quali n.1 meta-analisi, n.1 revisione bibliografica, n.3 studi descrittivi qualitativi, n.1 studio multicentrico randomizzato, n.1 studio osservazionale qualitativo, n.1 studio prospettico quantitativo, n.1 studio retrospettivo di coorte, n.2 studio semi-sperimentale quantitativo, n.2 studio sperimentale e n.1 studio trasversale e osservazionale qualitativo. Nel corso della ricerca condotta è stata colta una rilevante debolezza metodologica dovuta alla eccessiva carenza di articoli nel *Population Health Promotion model* e nel *McGill Model of Nursing* che rispondessero in maniera chiara e sufficiente ai requisiti richiesti. Il confronto tra gli studi presi in considerazione nella presente revisione bibliografica ha portato all'analisi degli interventi assistenziali attuati dall'IFoC per rispondere ai bisogni assistenziali dei pazienti affetti da SCC con lo scopo di individuare quale modello organizzativo può garantire una presa in carico più efficace ed efficiente in contesto di prossimità.

DISCUSSIONE: Dagli studi analizzati si evince che i modelli scelti ed utilizzati dall'IFoC rispondono tutti più che sufficientemente ai bisogni dell'assistito per il mantenimento dell'autonomia a domicilio, tra loro spiccano il CFAM ed il CCM; e come questi ultimi siano i modelli più utili da adottare per la presa in carico degli assistiti che presentano lo SCC nel contesto familiare a domicilio; il CFAM fornisce un maggiore supporto sociale ai pazienti e ai loro familiari, mentre gli infermieri che utilizzano il CCM, anche se in una piccola percentuale, rispondono alle esigenze di riabilitazione e di palliazione dei pazienti. Inoltre, si è osservato in tutti i modelli che seguendo un percorso di follow-up domiciliare vi è una riduzione delle ospedalizzazioni.

CONCLUSIONE: Dai risultati ottenuti da questa revisione bibliografica non si può affermare che vi sia un modello organizzativo di assistenza, in un'ottica di prossimità, migliore degli altri. Tuttavia, vi sono delle differenze tra i vari modelli, in quanto alcuni si concentrano maggiormente sul setting familiare e sul coinvolgimento del caregiver, altri incentivano l'autocura ed altri ancora si concentrano sulla promozione e prevenzione della salute. Altra differenza emersa dai modelli analizzati è il diverso contesto a cui si applicano, il modello di Orem ed il CCM si concentrano maggiormente sul singolo individuo, il CFAM ed il McGill model si ampliano alla famiglia ed il PHP model si appropria principalmente alla comunità.

PAROLE CHIAVE: *“Infermiere di Famiglia o Comunità, Infermiere di famiglia”, “insufficienza cardiaca”, “scompenso cardiaco”, “modello di Calgary”, “modello di auto cura di Orem”, “modello di assistenza alla cronicità”, “modello infermieristico di McGill”, “modello di promozione della salute alla popolazione”, “ADL”, “IADL”, “AADL”.*

KEYWORDS: *“Family health nurse”, “advance nurse practitioner”, “cardiac failure”, “heart failure”, “Calgary family assessment model”, “Orem’s self care model”, “Chronic Care Model”, “McGill model of nursing”, “Population Health Promotion model”, “ADL”, “IADL”, “AADL”.*

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE

CAPITOLO I - PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

- 1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema pag. 1
- 1.2 Obiettivo dello studio pag. 2
- 1.3 Quesiti di ricerca pag. 2

CAPITOLO II - TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO

- 2.1. Situazione demografica nazionale che richiede assistenza sanitaria pag. 3
 - 2.1.1 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza pag. 4
 - 2.1.2 Infermieristica di Prossimità: concetti pag. 5
- 2.2 Normativa nazionale sull'Infermiere di Famiglia o Comunità pag. 6
- 2.3 Profilo dell'Infermiere di Famiglia o Comunità pag. 7
 - 2.3.1 Documento Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche - Position Statement l'Infermiere di Famiglia e di Comunità - 19 settembre 2020 pag. 7
 - 2.3.2 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale
DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 pag. 10
- 2.4 Modelli organizzativi assistenziali nazionali ed internazionali che prevedono la figura dell'IFoC pag. 11
 - 2.4.1 Calgary Family Assessment Model (CFAM) pag. 13
 - 2.4.2 Chronic Care Model (CCM) pag. 14
 - 2.4.3 Orem's model of self-care pag. 14
 - 2.4.5 McGill Model of Nursing pag. 15
 - 2.4.6 Population Health Promotion (PHP) pag. 16

CAPITOLO III - MATERIALI E METODI

3.1 Criteri di selezione degli studi	pag. 18
3.2 Strategia di ricerca per individuare gli articoli	pag. 18
3.3 Selezione degli studi	pag. 20
3.4 Descrizione degli studi inclusi nella revisione	pag. 20
3.5 Descrizione degli studi esclusi dalla revisione	pag. 22

CAPITOLO IV - *RISULTATI*

4.1 Qualità metodologica degli studi	pag.24
4.2 Confronto tra studi selezionati in relazione ai quesiti	pag.24

CAPITOLO V - *DISCUSSIONE*

5.1 Discussione	pag.29
5.2 Limiti dello studio	pag.30

CAPITOLO VI - *CONCLUSIONI*

6.1 Implicazioni per la pratica	pag.31
6.2 Implicazioni per la ricerca	pag.31

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

ALLEGATI

Allegato n. 1: **Calgary Family Assessment Model**

Allegato n. 2: **Chronic Care Model**

Allegato n. 3: **Orem's Model of Self Care**

Allegato n. 4: **McGill Model of Nursing**

Allegato n. 5: **Populatin Health Promotion model**

INTRODUZIONE

In Italia si sta assistendo ad un importante cambiamento demografico, sanitario e sociale; l'età della popolazione sta aumentando e la frequenza di persone affette da una o più malattie croniche, quali scompenso cardiaco, ipertensione, diabete, bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) stanno aumentando. Al momento lo scompenso cardiaco rappresenta la prima causa di ricovero in ospedale negli ultrasessantacinquenni (Ministero della salute, settembre 2022) e che pesa 1,4-2%

della spesa complessiva del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) (Giovanni Corrao et al., 2014).

In risposta alla crescente domanda di assistenza sanitaria da parte delle cure primarie, sia a livello nazionale che europeo, è stato necessario modernizzare i servizi sanitari sul territorio. In questo contesto, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha promosso nel 1998 il modello del Family Health Nurse (FHN), una figura professionale che può contribuire in modo significativo all'assistenza familiare e comunitaria.

In Italia dall'anno 2020 è iniziato il processo per l'inserimento formale con l'emanazione di precisi decreti la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) (DM n. 77/2022), con lo scopo di far fronte ai cambiamenti nel panorama della salute. Attualmente sul territorio nazionale esistono differenti esperienze di Infermieristica di Famiglia e Comunità, riconosciute a livello legislativo, o per mezzo di progetti e sperimentazioni, che utilizzano diversi modelli organizzativi assistenziali.

A seguito delle esperienze di tirocinio presso le Unità Operative di Assistenza Domiciliare Integrata e UTIC dove si è avuto modo di sperimentare la presa in carico del paziente con scompenso cardiaco in diverse fasi della patologia, hanno stimolato la curiosità di indagare se in letteratura sono presenti approcci organizzativi ed assistenziali che permettano un miglior mantenimento dell'assistito a domicilio per il più a lungo possibile, in condizioni clinicamente stabili. Con lo studio di revisione bibliografica c'è l'interesse di verificare se tra i diversi modelli organizzativi assistenziali, esistenti sul piano nazionale e internazionale, sia prevista ed inserita la figura dell'IFoC, e se tra questi ne esista uno che sia più adatto per assistere sul territorio, secondo l'infermieristica di prossimità, questo profilo di paziente.

CAPITOLO I: PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e presentazione del problema

Negli ultimi anni l'età media della popolazione italiana si sta alzando sempre di più, portando ad un aumento della presenza di patologie croniche e alla domanda di assistenza primaria. L'insufficienza cardiaca rappresenta la principale causa di ricovero ospedaliero tra le persone di età superiore ai sessantacinque anni, confermandosi come un problema di salute pubblica di notevole gravità. In Italia, si stima che circa 600.000 individui siano afflitti da questa condizione e la sua incidenza sembra raddoppiare ogni decennio di vita (raggiungendo circa il 10% dopo i 65 anni). Questa condizione è direttamente correlata all'aumento dell'aspettativa di vita e la sua diffusione è in costante crescita anno dopo anno, a causa dell'invecchiamento progressivo della popolazione, che è favorito dall'aumento della sopravvivenza e dai miglioramenti nelle terapie per l'infarto miocardico e le malattie croniche (come diabete e ipertensione) che ne costituiscono la causa. (Ministero della Salute, settembre 2022).

Pertanto, adottare stili di vita preventivi che riducano il rischio di sviluppare queste patologie rappresenta una strategia cruciale per prevenire l'insufficienza cardiaca.

Per far fronte a questo scenario è stata introdotta la figura dell'IFoC, la figura professionale di riferimento per l'assistenza infermieristica territoriale/domiciliare a persone e famiglie, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Egli persegue l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e pone la persona al centro del suo lavoro. (DM 77/2022)

L'IFoC lavora in stretta collaborazione con il Medico di Medicina Generale (MMG) e con il Pediatra di Libera Scelta (PLS), ma può anche operare in autonomia, nel rispetto delle competenze professionali di ciascun professionista. In Italia, lo sviluppo di differenti esperienze di IFoC è stato necessario per far fronte all'attuale situazione epidemiologica e demografica della popolazione, insieme alle indicazioni fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e alla necessità di rivedere i modelli di assistenza infermieristica territoriale. (Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, 19 settembre 2020). Sul territorio italiano attualmente l'IFoC adotta molteplici modelli organizzativi assistenziali in assenza di una linea guida chiara che unifichi e delimiti quale sia quello più corretto da utilizzare a livello nazionale.

1.2 Ipotesi

L'IFoC, per assistere i soggetti con patologia cronica quale lo scompenso cardiaco a domicilio con età ≥ 45 anni, in un'ottica di assistenza di prossimità, quale tra i modelli presenti in letteratura è utile adottare per prendere in carico l'assistito e per organizzare un'assistenza capace di rispondere ai bisogni di autonomia nella vita quotidiana (secondo le scale di valutazione ADL, IADL, AADL) di cui lo stesso ha necessità.

1.3 Obiettivo dello studio

Lo scopo di questo studio è quello di identificare i modelli organizzativi assistenziali utilizzati dalla figura dell'IFoC sul piano nazionale e internazionale, ed individuare quale sia il più adatto da utilizzare conducendo un'analisi comparativa tra di loro.

1.4 Quesiti di ricerca

- 1) Quali sono i modelli organizzativi dell'assistenza in cui opera l'IFoC che possono meglio garantire un'assistenza di prossimità che permetta di mantenere all'assistito l'autonomia nelle ADL, IADL e AADL? (Calgary Family Assessment Model (CFAM), Chronic Care Model (CCM), Orem's model of self care, McGill Model of Nursing, Population Health Promotion (PHP))
- 2) Quali sono i modelli assistenziali più utili che l'IFoC può adottare per la presa in carico degli assistiti cronici nel contesto familiare a domicilio tra quelli presenti in letteratura (Calgary Family Assessment Model (CFAM), Chronic Care Model (CCM), Orem's model of self care, McGill Model of Nursing, Population Health Promotion (PHP))?
- 3) Il modello assistenziale organizzativo utilizzato dall'IFoC può influenzare il mantenimento, o meno, delle funzionalità nelle ADL, IADL, AADL l'assistito a domicilio preso in carico, attraverso interventi di natura tecnica, relazionale ed educativa?
- 4) Il modello assistenziale organizzativo utilizzato dall'IFoC può influenzare la numerosità delle riospedalizzazioni per aggravamento delle funzionalità nelle ADL, IADL, AADL dell'assistito a domicilio, per una mancata esclusiva presa in carico e gestione del processo assistenziale (case, o care manager)?

CAPITOLO II: TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO

2.1 Situazione demografica Nazionale che richiede assistenza sanitaria

L'attuale situazione italiana sta presentando un progressivo invecchiamento della popolazione ed un aumento di persone che presentano almeno una patologia cronica. Al momento in Italia lo scompenso cardiaco rappresenta la prima causa di ricovero in ospedale negli ultrasessantacinquenni e si stima che circa 600.000 individui siano afflitti da questa condizione e la sua incidenza sembra raddoppiare ogni decennio di vita (raggiungendo circa il 10% dopo i 65 anni) (Ministero della salute, settembre 2022), considerando che gli over 65 in Italia corrispondono al 24,1% della popolazione del Paese (ISTAT, 2023) e che il costo unitario stimato per anno per paziente affetto da questa patologia sia di circa 11.000 euro, di cui l'85% per il ricovero, il peso sulla spesa complessiva del Sistema Sanitario Nazionale è pari al 1,4-2%. (Corrao & Maggioni, 2014)

Secondo l'Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) le ospedalizzazioni causate dallo SC nel 2021 sono state n. 120111.

I pazienti con SC sono estremamente complessi e delicati e più a rischio di ospedalizzazione. Lo Studio TEMISTOCLE (hearT failurE epideMIological STudy FADOI-ANMCO in itaLian pEople) del 2002, ha documentato che il 44,6% dei pazienti ricoverati per scompenso cardiaco sono nuovamente ricoverati entro 6 mesi; il 70,9% di essi è stato riammesso una volta e il 29,1% due, o più volte. Nel 50% dei pazienti il re-ricovero si verifica per inosservanza della terapia, o incomprensione dei consigli terapeutici impartiti. Per garantire la continuità assistenziale dei pazienti con Scompenso Cardiaco Cronico (SCC) è necessario creare una rete organizzativa multidisciplinare, integrata tra ospedale e territorio, che raccordi la cura in acuto con quella a lungo termine ed assicuri il follow up dei pazienti, la loro rivalutazione clinica. Diviene pertanto necessario ideare nuovi modelli assistenziali di gestione integrata, con l'obiettivo di migliorare la gestione e la cura di questi pazienti, al fine di ridurre le ospedalizzazioni, senza espandere eccessivamente la spesa sanitaria. (Di Lenarda et al., 2003)

2.1.1 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Il PNRR, acronimo di "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza", approvato il 13 luglio del 2021 dalla Commissione Europea, è un piano strategico elaborato dal governo italiano con l'obiettivo di affrontare le sfide economiche e sociali derivanti dalla pandemia di COVID-19 e promuovere la ripresa economica e la resilienza del Paese. Il piano è stato concepito come risposta alla crisi generata dalla pandemia e mira a modernizzare l'economia, promuovere la sostenibilità, e migliorare la competitività dell'Italia.

Il piano prevede investimenti significativi in sei diversi settori chiave:

- mission 1) Digitalizzazione, Innovazione, Competitività, Cultura
- mission 2) Rivoluzione Verde e Transizione Ecologica
- mission 3) Infrastrutture per una Mobilità Sostenibile
- mission 4) Istruzione e Ricerca
- mission 5) Inclusione e Coesione
- mission 6) Salute

“Il PNRR prevede investimenti e un coerente pacchetto di riforme, a cui sono allocate risorse per 191,5 miliardi di euro finanziati attraverso il Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza e per 30,6 miliardi attraverso il Fondo complementare istituito con il Decreto Legge n.59 del 6 maggio 2021 a valere sullo scostamento pluriennale di bilancio approvato nel Consiglio dei ministri del 15 aprile. Il totale dei fondi previsti ammonta a 222,1 miliardi”(Ministero dell’Economia e delle Finanze, 2021), di cui 15,63 destinati alla Salute che verranno ulteriormente divisi in 7 miliardi per reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria e 8,63 per innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale territoriale.

La mission 6 si pone come obiettivo di risolvere alcune criticità emerse durante la pandemia di SARS-CoV-2, quali *“(i) significative disparità territoriali nell’erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio; (ii) un’inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; (iii) tempi di attesa elevati per l’erogazione di alcune prestazioni; (iv) una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari”* (PNRR, 2023). Per riuscire in tale opera l’investimento mira principalmente a:

- attivare n. 602 Centrali Operative Territoriali (COT);

- creare n. 381 Ospedali di Comunità, strutture sanitarie destinate a ricoveri brevi di pazienti a media/bassa complessità clinica;
- prevedere n. 1288 Case della Comunità, strutture fisiche nelle quali opereranno team multidisciplinari di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, IFoC ed altri professionisti della salute;
- implementare nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione) per l'erogazione delle cure domiciliari;
- realizzare un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL).

Questi punti della norma che sottolineano la necessità di intervenire in una riorganizzazione dell'assistenza territoriale sono di particolare interesse per lo sviluppo dell'elaborato di tesi.

I progetti proposti grazie al PNRR hanno l'obiettivo unico di migliorare l'assistenza di prossimità alle persone con cronicità e disabilità, migliorando la loro qualità di vita ed incrementare significativamente la quantità di prestazioni rese in assistenza domiciliare fino alla loro presa in carico, entro la metà del 2026, per il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni. In tale contesto l'IFoC assume un ruolo chiave, diventando il punto di riferimento per le comunità e il collegamento tra medici di medicina generale, famiglie, pazienti e strutture assistenziali.

2.1.2 Infermieristica di Prossimità: concetti

Alcune grandi città metropolitane europee stanno promuovendo un nuovo modello di città, in cui i cittadini possano trovare la maggior parte dei servizi di cui hanno bisogno entro un raggio di prossimità di pochi chilometri. Questo modello è noto come "*regola dei quindici o venti minuti*". Per gli anziani, in particolare, questo modello è particolarmente importante, in quanto può facilitare la loro mobilità e ridurre la loro dipendenza dai mezzi di trasporto. La regola dei quindici o venti minuti si applica anche all'assistenza sanitaria. In questo ambito, le Case della salute, gli ospedali di comunità e le farmacie multiservizi diventano i nodi principali di presa in carico della salute dei cittadini. Questi strumenti non sono nuovi, ma in Italia non hanno ancora trovato un'attuazione diffusa. Le sfide che i sistemi sanitari devono affrontare sono di diversa natura: sanitarie, sociali, economiche e organizzative. In particolare, l'effettivo successo dei cambiamenti è determinato dalle evoluzioni organizzative. (Zanella, 2022)

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PNP), adottato il 6 agosto del 2020, cita nella sezione 2.6 Efficacia degli interventi ed efficienza del modello organizzativo: *“per la realizzazione di processi appropriati di prevenzione e promozione della salute è necessario attuare interventi multiprofessionali anche con il coinvolgimento di figure di prossimità, come ad esempio l’Infermiere di Famiglia e di Comunità, ovvero professionisti che abbiano come setting privilegiati gli ambienti di vita della persona e che agiscano in modo proattivo, in rete con tutti i servizi socio sanitari e gli attori sociali del territorio per l’utenza portatrice di bisogni sanitari e sociali inscindibilmente legati tra loro”*. Da tale documento risulta che la figura dell’IFoC, in una prospettiva di prossimità, dovrà assumere un ruolo sempre più centrale e proattivo nella gestione della salute dei cittadini. Sarà chiamato a svolgere un’attività di assistenza domiciliare e territoriale sempre più qualificata e integrata con le altre figure sanitarie e sociali. (Piano Nazionale della Prevenzione, 2020-2025)

In particolare, l’infermiere dovrà:

- garantire un’assistenza continuativa e personalizzata ai cittadini, anche a domicilio: che richiederà un’elevata competenza professionale e un’approfondita conoscenza dei bisogni di salute della popolazione;
- collaborare con le altre figure sanitarie e sociali per garantire un’assistenza integrata e coordinata, nel rispetto di un forte spirito di lavoro di squadra e la capacità di costruire relazioni con gli altri professionisti;
- promuovere la salute e il benessere della popolazione, attraverso attività di prevenzione e promozione della salute, con una visione globale della salute e la capacità di coinvolgere i cittadini nella cura della propria salute. (AGENAS - Le linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità, 2023);

per mantenere il cittadino con condizioni di salute, o patologie croniche, nel proprio contesto di vita e di lavoro, evitando istituzionalizzazioni.

2.2 Normativa nazionale sull’Infermiere di Famiglia o Comunità

La figura dell’IFoC è stata introdotta a livello Europeo nel 1998 con il documento HEALTH21, mentre in Italia con la Legge n. 77 del 17 luglio 2020, poi perfezionato con il DM 77 del 23 maggio del 2022, ed in fine il 23 settembre del 2023 l’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) pubblica le linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità.

Con il Decreto 23 maggio 2022, n. 77 viene definita la figura dell'IFoC, ovvero: *L'IFoC è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità, perseguendo l'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona* (DM 77/2022). Egli svolge attività di assistenza, cura e prevenzione di tipo terziario a persone di tutte le età nel loro ambiente di vita, con un'attenzione specifica a coloro che presentano condizioni patologiche croniche. Il suo obiettivo è migliorare la qualità di vita del paziente e della sua famiglia, attraverso un approccio globale e personalizzato.

L'infermiere di famiglia è una figura professionale che sta assumendo sempre maggiore importanza nel sistema sanitario italiano. Il suo contributo è fondamentale per migliorare la qualità di vita delle persone e delle loro famiglie, e per promuovere la salute e il benessere della comunità. Le sue attività possono essere svolte in diversi contesti, tra cui il domicilio del paziente, le Case della Comunità (CdC), gli Ospedali di Comunità (OdC). L'IFoC può svolgere una vasta gamma di attività, tra cui: la gestione dei bisogni di salute fisici, psichici e sociali del paziente; la promozione della salute e del benessere; la prevenzione delle malattie; l'educazione sanitaria; il supporto alla famiglia e alla comunità.

2.3 Profilo dell'Infermiere di Famiglia o Comunità

Nel documento "Il profilo dell'infermiere di famiglia e di comunità" dell'Associazione Italiana Infermieri di Famiglia e di Comunità (AIFeC), pubblicato nel 2019, viene definito il ruolo e le competenze dell'infermiere di famiglia o di comunità (IFoC). *“L'Infermiere di Famiglia e di Comunità è il professionista in possesso di titolo universitario post base (Master/Laurea magistrale clinica) competente nella promozione della salute e in tutti i livelli della prevenzione, nonché nella presa in carico, dal punto di vista infermieristico, delle persone nel loro ambiente familiare e di vita e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali e della comunità, al fine di mettere le persone in grado di raggiungere il miglior risultato di salute "possibile".”*(AIFeC, Il profilo dell'infermiere di famiglia e di comunità, 2019)

Secondo quanto riportato da questo documento, l'IFoC è un professionista sanitario che svolge la sua attività in un contesto di prossimità, ovvero a contatto diretto con le persone e le

comunità. Il suo obiettivo è promuovere la salute e il benessere delle persone, attraverso interventi personalizzati, preventivi e proattivi. L'infermiere di famiglia e di comunità affianca la preziosa presenza degli infermieri delle cure domiciliari, e si distingue per il suo approccio orientato alla persona e alla comunità. L'obiettivo è rendere le persone in grado di aumentare le proprie conoscenze sulla salute, esercitare un controllo sulla propria salute, attivarsi nella propria autocura e sviluppare capacità utili a soddisfare i propri bisogni di salute.

Vengono inoltre individuati i livelli di intervento (individuale/familiare, gruppale e comunitario) e le competenze avanzate che devono essere acquisite, attraverso la formazione universitaria post base (relazionale, lettura critica, capacità di analisi, di promozione della salute, di prevenzione sanitaria a tutti i livelli, di case management e di educazione terapeutica).

L'AIFeC promuove dal 2009 l'identità professionale dell'Infermieristica di Famiglia e di Comunità e negli ultimi anni anche il Governo e la FNOPI hanno rilasciato dei documenti e delle norme che approfondiremo nei prossimi sottocapitoli.

2.3.1 Documento Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche - Position Statement l'Infermiere di Famiglia e di Comunità - 19 settembre 2020

Il documento redatto e deliberato dal Comitato Centrale Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) il 19 settembre 2020 definisce il ruolo dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC) come quello di professionista sanitario che opera nel contesto della famiglia e della comunità, in collaborazione con altri professionisti sanitari e sociali, al fine di promuovere, mantenere e recuperare la salute della popolazione. Oltre a dare una definizione dell'IFoC vengono indicati i livelli di intervento, quali individuale/familiare e comunitario, e le competenze e le conoscenze necessarie a svolgere le funzioni/attività a lui attribuite.

Competenze e Conoscenze	Funzioni/Attività a livello individuale e familiare
La valutazione dei bisogni di salute della persona in età adulta e pediatrica, delle famiglie e della comunità attraverso approcci sistemici validati come il modello di analisi e intervento familiare di Calgary	Lettura e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto
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	Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali soluzioni migliorative

La presa in carico delle persone con malattie croniche in tutte le fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia, ad esempio associati all'età.	Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone attraverso scale validate
La conoscenza dei fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento, considerando i determinanti della salute.	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
Lo sviluppo dell'educazione sanitaria in ambito scolastico anche nell'ottica di un ambiente sicuro	Coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale
La relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica con gli assistiti.	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.
La valutazione personalizzata dei problemi sociosanitari che influenzano la salute, in sinergia con il MMG, I PLS e tutti gli altri professionisti che operano sul territorio.	Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.
La definizione di programmi di intervento infermieristici basata su prove scientifiche di efficacia, anche prescrivendo o fornendo agli assistiti le indicazioni dei presidi assistenziali più efficaci al percorso di cura concordato.	Facilitazione delle dimissioni precoci in stretta sinergia con il MMG, il PLS e gli altri specialisti.
La creazione e valutazione degli standard qualitativi per l'assistenza infermieristica territoriale	Monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale e del livello di complessità assistenziale e valutazione delle alterazioni sintomatiche delle condizioni di salute
La definizione di ambiti e problemi di ricerca	Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di Medicina Generale
L'utilizzo di supporti documentali e gestionali informatici per la documentazione dell'attività assistenziale che concorrono alla rendicontazione dell'attività svolta sul territorio di riferimento.	Attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e per evitare la frammentazione delle cure
	Adozione di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza
	Interventi diretti sulla base delle competenze clinico assistenziali specifiche e dell'expertise maturato.
	Attivazione di consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali.

Fonte: Delibera del Comitato Centrale FNOPI il 19 settembre 2020 - POSITION STATEMENT L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ

Inoltre, il documento ha individuato l'IFoC come figura cardine per affrontare il bisogno di presa in carico della popolazione, in un'ottica di prossimità e di domicilio, sottolineato come debbano essere definite alcune condizioni per far in modo che ciò avvenga, tra queste ce ne sono alcune che successivamente verranno regolamentate attraverso al Decreto Ministeriale (DM) del 23 maggio 2022, n. 77.

2.3.2 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 .

Il decreto ministeriale n. 77, del 23 maggio 2022, recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, è un atto normativo che ha come scopo costituire il raggiungimento degli obiettivi della mission 6 Component 1 del PNRR, riformando l'assistenza territoriale in Italia, rendendola più efficiente, efficace e accessibile a tutti i cittadini.

Nel punto 2 dell'allegato n. 1 viene sottolineato che per il proseguimento dei principi fondamentali su cui si basa il SSN, universalità, uguaglianza ed equità, è necessario un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, di potenziare i servizi assistenziali territoriali, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

Per il raggiungimento di questi obiettivi, nel punto 4 dell'allegato n. 1, viene ridisegnato il Distretto Sanitario, specificando funzioni e standard che dovrà possedere:

- il distretto comprenderà circa n. 100.000 abitanti;
- 1 Casa della Comunità hub ogni n. 40.000-50.000 abitanti;
- tutte le aggregazioni dei MMG e dei PLS sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni n. 3.000 abitanti;
- 1 Unità di Continuità Assistenziale (composta da 1 medico e 1 infermiere) ogni n. 100.000 abitanti;
- n. 1 Centrale Operativa Territoriale ogni n. 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- n. 1 Ospedale di Comunità dotato di n. 20 posti letto ogni n. 100.000 abitanti.

L'IFoC, nel punto 6 del primo allegato, viene individuato come la figura professionale di riferimento per garantire l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, ponendo al centro la persona, operando a livello territoriale in collaborazione con altri professionisti sanitari e sociali. Egli interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità, formali e informali, per rispondere ai bisogni sanitari espressi e potenziali delle persone e delle famiglie, assicurando la continuità assistenziale, prevenzione e promozione della salute. L'obiettivo dell'IFoC sarà 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, attraverso una presenza continuativa e proattiva.

In sintesi, l'Infermiere di Famiglia o Comunità:

Funzioni/Attività del IFoC
Collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute
Contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche
Favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita
Promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità
Svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti
Valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver
Lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria e con le risorse della comunità e gli altri professionisti sanitari
Utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

Fonte: DECRETO del Ministero della Salute il 23 maggio 2022, n. 77 - Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

2.4 Modelli organizzativi assistenziali nazionali ed internazionali che prevedono la figura dell'IFoC

Negli Stati Uniti, l'infermiere di famiglia è una figura professionale presente dal 1960. Si tratta di un infermiere con un'alta formazione clinica che fornisce assistenza a individui di tutte le età, con un focus sulla prevenzione e sulla promozione della salute. La formazione di un infermiere di famiglia negli Stati Uniti è composta da una laurea di primo livello in infermieristica e da un master di specializzazione. Le aree di specializzazione includono l'assistenza infermieristica per la salute della comunità, la salute della famiglia e la gerontologia. Le competenze degli infermieri di famiglia includono la diagnosi e il trattamento di problemi acuti e cronici, l'interpretazione di risultati di laboratorio, la prescrizione di farmaci e l'educazione sanitaria e di prevenzione. Gli infermieri di famiglia lavorano in una varietà di ambienti, tra cui l'assistenza domiciliare, gli ospedali, le case di riposo, gli ambulatori e le scuole. Si occupano di tutti i pazienti, indipendentemente dalla diagnosi. (American Association of Nurse Practitioners – AANP)

Oltre a quanto avvenuto nel mondo americano, a partire dai 21 obiettivi stabiliti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità con la politica Health 21, gli infermieri di molti altri paesi hanno lavorato per sviluppare un nuovo modello di assistenza infermieristica che si

concentrasse sulla famiglia e sulla comunità, per rispondere a quel bisogno di prevenzione e promozione della salute che era stato richiesto dall'OMS. Per adattarsi a tali obiettivi, il Regno Unito ha adottato il modello di infermieristica di famiglia e comunità statunitense negli anni Novanta, creando un percorso formativo secondario alla laurea di primo livello in Nurse Practitioner. Gli infermieri di famiglia inglesi lavorano in collaborazione con i medici di base, esaminando i fattori di rischio e i segni precoci di malattia nei pazienti. Sviluppano diagnosi e interventi e forniscono educazione sanitaria. Gli ambienti di lavoro principali sono il domicilio, gli ambulatori nelle aree rurali e nei centri di accoglienza. Si occupano di pazienti senza distinzioni di diagnosi e utilizzano lo stesso strumento di valutazione degli Stati Uniti. Una differenza rispetto al modello statunitense è che gli infermieri di famiglia inglesi possono avvalersi delle competenze di altri specialisti, come il Public Health Nurse. (Swaby et al., 2022)

Sul territorio italiano sono presenti diverse esperienze di Infermieristica di Famiglia e Comunità riconosciute a livello legislativo o per mezzo di progetti e sperimentazioni. Per riportare alcuni esempi:

- il Progetto “Infermiere di Comunità” nato sperimentalmente nel 1999 in Friuli-Venezia Giulia nell’ambito dell’Azienda Sanitaria Bassa Friulana i cui principi fondanti sono mutuati da diversi saperi disciplinari: la teoria "*relazionale della società*", la teoria dello "*Human Caring*", i concetti di "*Community Care*" che attengono alle più ampie politiche di Welfare Comunitario (Leggi di Riforma Sanitaria FVG n. 27/2018 e n.22/2019);
- il Progetto CoNSENSo (Community Nurse Supporting Elderly iN a changing Society) in Piemonte e Liguria. I principi cardine del modello sono il mantenimento o miglioramento delle capacità residue funzionali, dei processi di “*self-care*” e di favorire la creazione di un’unica rete sociale (Delibera della Giunta Regionale 12 giugno 2017, n. 32-5173);
- l’infermiere di Famiglia e Comunità attivo in Regione Toscana: le caratteristiche peculiari del modello sono rappresentate dalla prossimità alla famiglia e alla comunità; la proattività degli interventi; il ruolo di garante verso l’equità del sistema di erogazione di cure; la logica multiprofessionale in raccordo diretto con il MMG, il PLS, gli assistenti sociali ecc. (Delibera della Giunta Regionale 04 giugno 2018, n. 597);
- l’infermiere di Comunità nelle microaree triestine, l’infermiere, inserito nel contesto locale e circoscritto della microarea eroga interventi di tipo sociosanitario e svolge un

ruolo di attivatore di risorse contribuendo a costruire la rete del welfare di comunità (FNOPI, 2020);

- l'infermiere di Famiglia o Comunità in Veneto. L'IFoC utilizza un modello assistenziale che si concentra sulla famiglia e sui suoi bisogni di salute, con interventi differenziati per bisogno e fascia d'età. Tra le caratteristiche principali del modello orientato alla famiglia e alla comunità vengono considerate: la prossimità, la proattività, l'equità, la multiprofessionalità e l'utilizzo di piani assistenziali individuali e Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) (Delibera della Giunta Regionale 19 settembre 2023, n. 1123)

2.4.1 Calgary Family Assessment Model (CFAM)

Calgary Family Assessment Model (CFAM) è un modello teorico e pratico utilizzato nell'ambito dell'assistenza infermieristica e nel lavoro sociale per valutare e comprendere la dinamica e il funzionamento delle famiglie.

Il CFAM fornisce una guida strutturata per valutare le famiglie in base a tre categorie principali:

1. le strutture della famiglia: comprendono la dimensione, la composizione, i ruoli, i modelli di comunicazione e il sistema sociale della famiglia;
2. i processi familiari: includono la gestione dei problemi, le risorse, le schematizzazioni, l'adattamento, la crescita e lo sviluppo;
3. le funzioni familiari: coinvolgono l'assistenza, il sostegno, la socializzazione, l'educazione, la protezione e il controllo.

L'obiettivo del CFAM è aiutare gli operatori sanitari a comprendere la famiglia nel suo contesto, a identificare le sue risorse e a determinare i modi per fornire un supporto appropriato. L'analisi attraverso il CFAM consente di creare piani di assistenza personalizzati, promuovendo il benessere familiare e il miglioramento della salute dei membri della famiglia (Shajan & Snell, 2019).

2.4.2 Chronic Care Model (CCM)

Il modello Chronic Care Model (CCM) propone un approccio proattivo nei confronti degli assistiti, rendendoli parte integranti del processo di cura. Si basa su 6 punti fondamentali:

1. le risorse della comunità: sfruttare le risorse e i servizi disponibili nella comunità per ampliare le opzioni di assistenza per i pazienti, promuovendo la continuità delle cure);

2. coordinamento delle cure: garantire un efficace coordinamento delle cure tra i diversi operatori sanitari, facilitando il follow-up e garantendo che i pazienti ricevano la giusta assistenza;
3. supporto all'auto cura: fornire supporto continuo e personalizzato per aiutare i pazienti a gestire la propria salute attraverso l'accesso a risorse, il coinvolgimento della famiglia e il sostegno emotivo;
4. riprogettazione del sistema di cure: ottimizzare i processi organizzativi e clinici per garantire un'assistenza efficiente, tra cui la coordinazione delle cure, la gestione delle informazioni e la comunicazione tra i membri del team sanitario;
5. supporto alla decisione clinica: garantire che il personale sanitario disponga delle risorse e delle competenze necessarie per guidare i pazienti nella gestione delle malattie croniche, facilitando il processo decisionale informato;
6. informazione attiva: coinvolgere attivamente il paziente nell'autogestione della propria malattia, fornendo informazioni, istruzione e strumenti per migliorare la consapevolezza e la responsabilizzazione.

2.4.3 Orem's model of self-care

Il Modello di Orem si basa sul concetto chiave dell'autocura, definito come l'insieme delle attività intraprese da un individuo per mantenere la salute e il benessere. Secondo Orem, ogni individuo ha la responsabilità di prendersi cura di sé stesso e di gestire le proprie attività di cura quotidiane. La teoria si articola attorno a tre concetti fondamentali: Teoria della cura di Sé (comprende le attività quotidiane svolte in modo indipendente dal soggetto per promuovere e mantenere il benessere personale), Teoria del Deficit della cura di Sé (questo concetto si riferisce a situazioni in cui una persona non è in grado di soddisfare da sola le proprie esigenze di autocura. Può essere causato da una malattia, un'infermità, una disabilità o altre circostanze che limitano la capacità di una persona di prendersi cura di sé stessa.), Teoria dei sistemi di assistenza infermieristica (l'assistenza infermieristica è la terza componente del modello di Orem. In questa parte del modello, l'infermiere fornisce l'assistenza necessaria per colmare il difetto di autocura del paziente. L'obiettivo dell'infermiere è quello di aiutare il paziente a raggiungere un livello di autonomia ottimale nella cura di sé stesso. L'infermiere può fornire assistenza diretta, istruzione, supporto emotivo e altre risorse per aiutare il paziente a raggiungere la massima indipendenza possibile).

2.4.5 McGill Model of Nursing

Il Modello McGill di Infermieristica è stato sviluppato e perfezionato sotto la guida della dott.ssa Moyra Allen, con la prospettiva che l'assistenza infermieristica assumesse un ruolo unico, attivo e complementare nel fornire assistenza sanitaria. All'interno del Modello Infermieristico McGill, gli infermieri coinvolgono la persona/famiglia a partecipare attivamente all'apprendimento sulla salute. Nel corso degli anni, il Modello McGill è stato sviluppato, perfezionato, testato e implementato in vari contesti pratici e ha ottenuto un'ampia accettazione in Canada e altrove come utile quadro di riferimento per la pratica infermieristica. Negli anni '60, in Canada fu implementato un nuovo approccio all'erogazione dell'assistenza sanitaria: un piano di assicurazione sanitaria universale sovvenzionato da finanziamenti pubblici (Lalonde, 1974). Questa riforma sanitaria ha creato una maggiore domanda di servizi sanitari da parte del pubblico. Molti hanno visto la riforma come un'opportunità per espandere i ruoli e i servizi infermieristici. La School of Nursing della McGill University, sotto la guida della dott.ssa Moyra Allen, ha sviluppato e consolidato il ruolo complementare dell'infermiere negli anni '70. Questo ruolo innovativo riconosce il contributo unico che gli infermieri apportano alla persona e alla sua famiglia. Il modello venne sviluppato attraverso una serie di esperimenti sul campo. Il Modello infermieristico McGill, precedentemente noto come Allen Model, il Developmental Health Model e il Strength Model, è un modello dinamico che si evolve oggi con gli sforzi continui dei docenti e degli studenti della McGill University.

L'obiettivo principale del Modello Infermieristico McGill è migliorare, rafforzare e mantenere la salute dell'individuo e della famiglia. In questo modello è stata sottolineata l'importanza dei ruoli infermieristici nel migliorare, supportare e completare la capacità individuale e familiare di affrontare condizioni, malattie, disabilità e altre malattie per affrontare le sfide che possono sorgere e adottare nel "processo di guarigione naturale". (Gottlieb & Rowat, 1987)

2.4.6 Population Health Promotion (PHP)

Hamilton e Bhatti (1996) hanno ideato il Population Health Promotion Model come un cubo che affronta tre domande critiche, identificate sulle tre facce visibili del cubo:

“COSA” si dovrebbe fare per migliorare la salute della popolazione è affrontata sulla faccia anteriore del cubo. La risposta alla domanda su “cosa” si dovrebbe fare per migliorare la salute della popolazione è agire sull'intera gamma dei determinanti sanitari

“COME” dovremmo agire si trova sulla faccia laterale del cubo. Il cubo per la promozione della salute della popolazione indica che l'azione dovrebbe essere intrapresa utilizzando strategie d'azione globali, come stabilito nella Carta di Ottawa per la promozione della salute. “CHI” (con chi dovremmo agire) appare sulla faccia superiore del cubo. Questa faccia fornisce indicazioni sui vari livelli a cui possono essere diretti gli interventi, dal livello individuale a quello sociale.

Il modello di PHP identifica come l'approccio alla salute della popolazione può essere implementato attraverso l'azione sull'intera gamma dei determinanti della salute attraverso strategie di promozione della salute.

Il modello è costituito da tre componenti principali:

Il cubo intero comprende 12 determinanti della salute sulla parte anteriore del cubo, seguiti dalle 5 strategie per la promozione della salute sul lato e poi i livelli di intervento sulla parte superiore del cubo.

La parte superiore comprende i diversi livelli all'interno della società ai quali è possibile agire: l'individuo; famiglia e amici; comunità (persone legate da un interesse comune o da un contesto geografico come un quartiere, una scuola o un posto di lavoro); settore/sistema (istruzione, sostegno al reddito, alloggio, ecc.); e la società nel suo insieme.

La parte anteriore del cubo delinea i determinanti sociali della salute, tra cui: reddito e status sociale; rete di supporto sociale; formazione scolastica; condizioni di lavoro; ambienti fisici; biologia e genetica; salute personale, pratiche e capacità di coping; salute dello sviluppo infantile; servizi sanitari.

Le strategie di promozione della salute sono delineate sul lato del Modello di Promozione della Salute della Popolazione, che includono: rafforzare l'azione comunitaria; costruire una politica pubblica sana; creare ambienti favorevoli; sviluppare abilità personali; riorientare i servizi sanitari.

L'immagine successiva è un modello decisionale basato sull'evidenza scientifica. Sono necessarie decisioni evidence-based per garantire che le politiche e i programmi si concentrino sulle questioni giuste, intraprendano azioni efficaci e producano risultati validi. Quando si assemblano le decisioni basate sull'evidenza, dovrebbero essere consultate le tre fonti delineate nel modello (ricerca, apprendimento sperimentale e valutazione). (Hamilton & Bhatti, 1996)

Il modello simula dinamicamente gli stati patologici, i fattori di rischio e i determinanti della salute degli individui, al fine di descrivere e proiettare i risultati sanitari, tra cui l'incidenza della malattia, la prevalenza, l'aspettativa di vita, l'aspettativa di vita corretta per la salute, la qualità della vita e i costi sanitari. Inoltre, POHEM è stato concettualizzato e costruito con la capacità di valutare l'impatto degli interventi politici e di programma, non limitati a quelli che hanno luogo nel sistema sanitario, sullo stato di salute dei canadesi. A livello internazionale, POHEM e altri modelli di microsimulazione sono stati utilizzati per informare le linee guida cliniche e le politiche sanitarie in relazione a problemi complessi della salute e del sistema sanitario. (Hennessy et al., 2015)

CAPITOLO III: MATERIALI E METODI

3.1 Criteri di selezione degli studi

Disegno di studio: sono state adottate restrizioni inerenti alla tipologia di studi. Sono stati presi in considerazione solo gli studi riguardanti i modelli organizzativi assistenziali selezionati (Calgary Family Assessment Model, Chronic Care Model, Orem's model of self care, McGill Model of Nursing, Population Health Promotion)

Tipologia dei partecipanti: pazienti affetti da scompenso cardiaco aventi un'età \geq a 45 anni ed assistiti a domicilio. Non sono state messe in atto restrizioni circa la tipologia di scompenso cardiaco o di stadio della patologia.

Tipologia di intervento: interventi infermieristici di promozione della salute, prevenzione, cura/trattamento, riabilitazione e palliazione durante l'assistenza al paziente con scompenso cardiaco in un'ottica di prossimità.

Tipologia di outcomes misurati: i criteri che sono stati presi in considerazione da questa revisione della letteratura scientifica riguardano le funzioni e le attività svolte dall'IFoC per il mantenimento dell'ADL, IADL e AADL del paziente con scompenso cardiaco a domicilio.

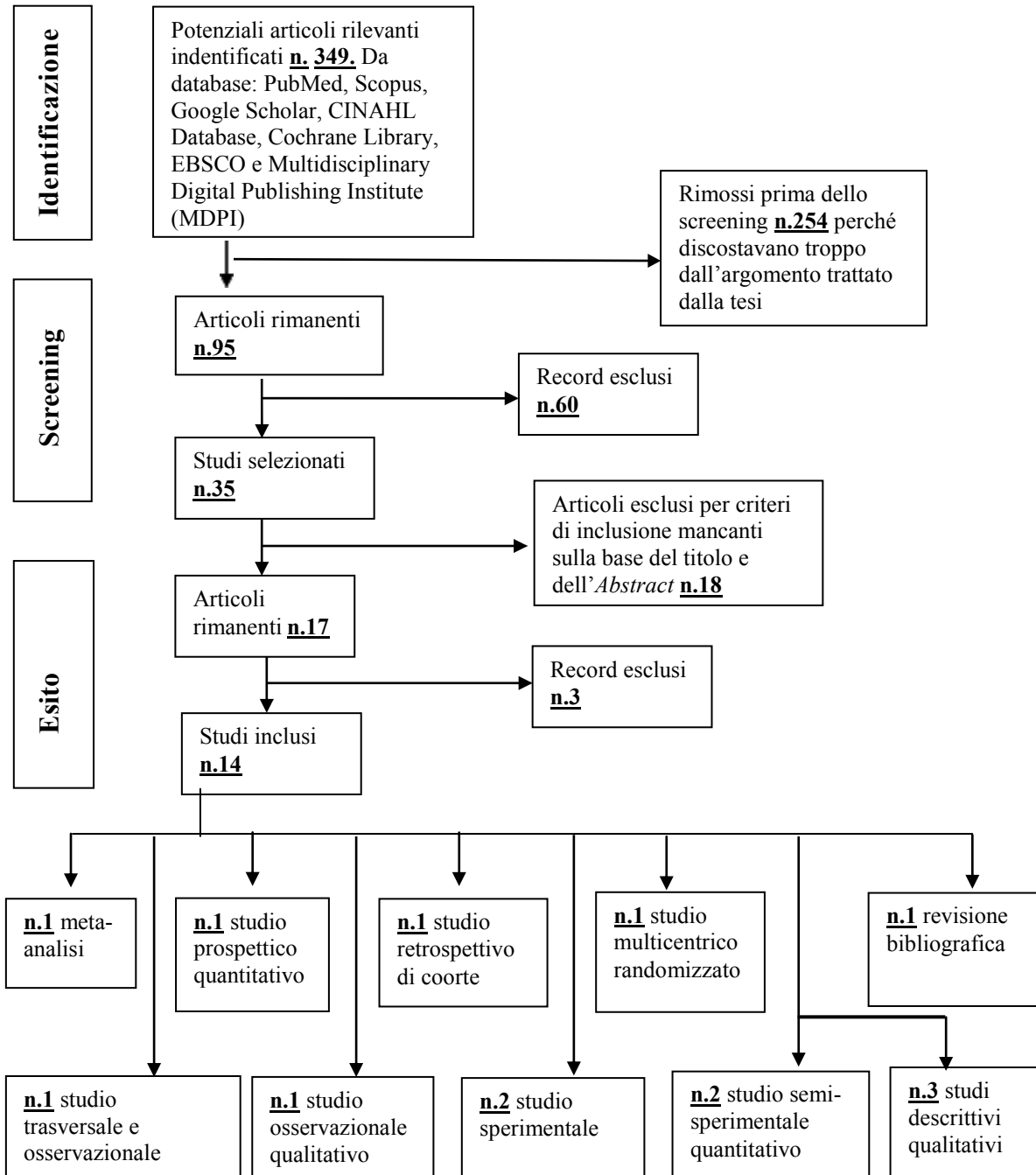
3.2 Strategia di ricerca per individuare gli articoli

Per la messa in atto di questo studio è stata condotta una revisione della letteratura nazionale ed internazionale grazie alla consultazione dei seguenti database elettronici: PubMed, Scopus, Google Scholar, CINAHL Database, Cochrane Library, EBSCO e Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI) . Inoltre, sono state consultate anche le fonti fornite dal Sistema Bibliotecario di Ateneo dell'Università di Padova, le quali si sono rivelate molto utili per la stesura del quadro teorico. Tuttavia, la maggior parte degli articoli selezionati ed inclusi nella tesi sono stati reperiti dalla banca dati internazionale MEDLINE (PubMed).

Le parole utilizzate sono state *Calgary model, Chronic Care Model, Orem's model of self-care, McGill model of nursing, Population Health Promotion model, Family nurse, Community nurse, Advanced Practice Nurse, Practitioner nurse, public health nurse, heart failure, heart disease*. Inoltre, sono stati utilizzati durante la ricerca diversi operatori booleani, (AND, OR, NOT, AROUND) per ottenere degli articoli miranti al campo d'interesse dello

studio. Per il medesimo motivo sono stato utilizzati i seguenti filtri di ricerca: Full text e Età \geq 45.

La ricerca bibliografica è stata eseguita tra marzo e ottobre 2023.



PRISMA FLOW CHART

3.3 Selezione degli studi

In seguito ad un'attenta e critica valutazione degli articoli reperiti grazie alle stringhe di ricerca, è stata rilevata una considerevole carenza circa alcuni modelli selezionati. Sono stati selezionati sono gli studi che trattavano i modelli scelti e applicati a pazienti affetti da scompenso cardiaco in un contesto di prossimità, con lo scopo di confrontare i vari modelli e i risultati che hanno prodotto in termini di mantenimento e recupero della qualità di vita del paziente. Questo obiettivo non è stato del tutto raggiunto per la mancanza di articoli sufficienti per fare un confronto equo tra i vari modelli.

Gli articoli selezionati rientrano nell'arco temporale che intercorre tra l'anno 1997 e l'anno 2023. Essi sono stati prima valutati sulla lettura degli abstracts; dove l'abstract indicava contenuti coerenti con i criteri prestabiliti è stato recuperato e valutato l'articolo in full-text. Laddove, invece, l'abstract non era disponibile si è deciso di reperire l'articolo in full-text per una valutazione ed analisi in funzione delle specifiche riportate sul titolo. Una prima ricerca a condotto a 349 risultati, dalla lettura del titolo ne sono stati selezionati 95, dalla lettura dell'abstract ne sono stati selezionati 35 ed infine tra gli studi analizzati, ne sono stati presi in considerazione 17 di cui 14 che corrispondono ai requisiti richiesti.

3.4 Descrizione degli studi inclusi nella revisione

Si riporta di seguito una tabella valutativa che riporta gli studi presi in considerazione per l'elaborato di tesi.

Autore, anno di pubblicazione, paese	Disegno di studio	Campione	Obiettivo
Ballo, P., Profili, F., Policardo, L., Roti, L., Francesconi, P., & Zuppiroli, A. (2018).	Studio retrospettivo di coorte	Pazienti n. 1761, gruppo di controllo n. 3522	lo scopo del progetto era di valutare l'impatto prognostico di assistenza primaria basata sul CCM applicato in Toscana. Il progetto si basava su gruppi di lavoro predefiniti comprendenti medici di medicina generale e infermieri
Barisone, M., Busca, E., Bassi, E., De Luca, E., Profenna, E., Suardi, B., & Dal Molin, A. (2023). Italia.	Studio descrittivo qualitativo	IFoC n.5, pazienti n. 12	Questo studio si propone di descrivere il modello culturale delle FCN adottando il Modello infermieristico di McGill per valutare come l'infermiere viene contestualizzato nel contesto comunitario a pochi anni dall'istituzione di questo nuovo ruolo in Italia ed il Calgary Family Assessment Model per guidare le pratiche infermieristiche familiari e di comunità. In secondo luogo, esplorare come le FCN e i pazienti percepiscono il ruolo delle FCN all'interno di un progetto di implementazione delle cure primarie durante la pandemia di COVID-19.

Brandon, A. (2008). Alabama.	Studio sperimentale	Pazienti n. 100	Questo studio ha cercato di determinare l'effetto di un intervento telefonico guidato da infermieri di pratica avanzata (APN) sui ricoveri ospedalieri, sulla qualità della vita e sui comportamenti di auto-cura dei pazienti con scompenso cardiaco.
Duhamel & Talbot, (2004). Canada.	Studio descrittivo qualitativo	Famiglie n.5	Lo scopo di questo studio era di valutare gli interventi del Family Systems Nursing utilizzando un approccio metodologico basato sulla valutazione di quarta generazione di Guba e Lincoln. Pertanto, le famiglie hanno collaborato con ricercatori e infermieri per sviluppare e valutare gli interventi di Family Systems Nursing basati sul Calgary Family Assessment and Intervention Models.
Naji, H., Nasrabadi, A. N., Shaban, M., & Saebnia, R. (2010). Iran	Studio semi- sperimentale quantitativo	Pazienti n. 200	Questo studio ha lo scopo di determinare l'efficienza del modello di autocura di Orem nel recupero dei pazienti con insufficienza cardiaca.
Østergaard, B., Mahrer-Imhof, R., Shamali, M., Nørgaard, B., Jeune, B., Pedersen, K. S., & Lauridsen, J. (2021). Danimarca.	Studio multicentric o randomizzat o	Pazienti n. 468, familiari n. 322	Questo studio valuta l'effetto a breve termine (3 mesi), medio termine (6 mesi) e lungo termine (12 mesi) delle conversazioni terapeutiche infermieristiche di famiglia, adottando il Calgary Family Assessment and Intervention Model, aggiunte alle cure convenzionali, sulla salute familiare e sul funzionamento familiare in pazienti ambulatoriali con insufficienza cardiaca e i loro familiari.
Parke H. (2017). Canada.	Studio sperimentale	pazienti n.20	Questo progetto ha valutato l'impatto dei metodi di insegnamento basati sull'evidenza scelti sui comportamenti di autocura e di autoefficacia dei pazienti.
Pedroni, C., Djuric, O., Bassi, M. C., Mione, L., Caleffi, D., Testa, G., Prandi, C., Navazio, A., & Giorgi Rossi, P. (2023). Italia.	Revisione bibliografica	Pazienti adulti con insufficienza cardiaca in qualsiasi stadio della malattia	Questo studio mirava a riassumere diversi interventi utilizzati per migliorare modelli e percorsi clinici nella gestione dell'insufficienza cardiaca cronica e acuta (HF). Gli interventi sono stati classificati sulla base di cinque elementi scelti del quadro del Chronic Care Model.
Phillips S. (1997). Mississippi.	Studio descrittivo quantitativo	IFoC n. 4, pazienti N.25	Lo scopo di questo studio descrittivo ex post facto era quello di determinare l'incidenza della prescrizione documentata di esercizi negli infermieri professionisti con una diagnosi di scompenso cardiaco. Il Population Health Promotion model ha fornito il quadro teorico per questo studio
Shaw, J. D., O'Neal, D. J., Siddharthan, K., & Neugaard, B. I. (2014). Florida.	Studio prospettico quantitativo	Pazienti n. 40	Questo studio prospettico ha testato due componenti del Chronic Care Model (sistemi informativi clinici e supporto all'autogestione) per osservare se producono miglioramenti nell'autogestione dello scompenso cardiaco tra i pazienti che hanno ricevuto un'istruzione intensiva e un coordinamento dell'assistenza.
Swanson., 2012. Stati Uniti d'America.	Studio semi- sperimentale quantitativo	Pazienti n. 1192	Lo scopo di questo articolo è quello di illustrare l'impatto di un'educazione completa del paziente sul miglioramento della gestione dei sintomi dell'insufficienza cardiaca congestizia, sulla diminuzione della frequenza e dell'incidenza dei ricoveri ospedalieri e quindi sul miglioramento degli esiti per i pazienti.

Szlenk-Czyczerska, E., Guzek, M., Bielska, D. E., Ławnik, A., Polański, P., & Kurpas, D. (2022). Polonia.	Studio trasversale e osservazionale qualitativo	Pazienti n. 193, caregiver n.161	Lo scopo di questo studio trasversale è stato quello di analizzare le variabili che influenzano l'efficacia dell'assistenza domiciliare nei pazienti con malattie cardiovascolari croniche e nei loro caregiver informali.
Tsai et al., 2005. Stati Uniti d'America.	Meta-analisi	Studi inclusi n. 112	L'obiettivo di questa meta-analisi è di classificare gli studi precedentemente pubblicati in base ai componenti del CCM implementati, per rispondere a due domande di ricerca correlate: 1) in che misura gli interventi che incorporano uno o più elementi del CCM determinano risultati migliori di interesse per specifiche malattie croniche; e 2) alcuni elementi del CCM sono più efficaci di altri?
Voltelen, B., Konradsen, H., & Østergaard, B. (2016). Danimarca.	Studio osservazionale qualitativo	IFoC n. 7, pazienti n. 34, familiari n. 26	Lo scopo dello studio era quello di esplorare le esperienze degli infermieri impegnati nelle conversazioni terapeutiche infermieristiche familiari, guidate dal Calgary Family Assessment Model, in un contesto di assistenza di prossimità a pazienti affetti da scompenso cardiaco e ai loro familiari.

Tabella III: Studi inclusi nella revisione

Gli studi utilizzati sono stati condotti 5 negli Stati Uniti d'America, 2 in Italia, 2 in Danimarca, 2 in Canada, 1 in Polonia e 1 in Iran. Tutti gli studi sono in lingua inglese e hanno preso in considerazione interventi di promozione, prevenzione, cura/trattamento, riabilitazione e/o palliazione svolti dall'IFoC su pazienti affetti da scompenso cardiaco in un'ottica di prossimità.

3.5 Descrizione degli studi esclusi dalla revisione

Vengono riportati nella prossima tabella gli studi esclusi dopo una attenta analisi poiché non possiedono i requisiti di inclusione. Nello specifico uno studio è stato escluso perché assente il Full Text e i dati ottenuti dall'abstract non sono sufficienti per una valutazione oggettiva; uno studio di revisione bibliografica è stato escluso poiché non riuscendo a individuare sufficienti studi nel contesto domiciliare ha cambiato obiettivo; uno studio è stato escluso perché non includeva la figura dell'IFoC.

Autore, anno di pubblicazione, paese	Disegno di studio	Campione	Obiettivo
Morin, D., Aubin, M., Vezina, L., Gagnon, J., Racine, S., Reinharz, D., Paradis, M., Dallaire, C., & Aubin, K. (2009). Canada	Studio semi-sperimentale	Non conosciuto	Questa ricerca quasi sperimentale mira a (1) valutare il processo di implementazione di un modello di gestione dell'assistenza infermieristica di comunità e (2) valutare gli effetti di questo modello sui pazienti seguiti a domicilio.

Garland-Baird, L., & Fraser, K. (2018).	Revisione bibliografica	Studi n. 2	Lo scopo di questo articolo è quello di fornire una revisione della letteratura di ricerca relativa al tema del Chronic Care Model (CCM) e alla pratica della gestione dei casi di assistenza domiciliare (HCCM). Una revisione preliminare della letteratura scientifica ha fornito poche ricerche disponibili che combinino questi due concetti.
Reimche, R., Rabusic-Wiedner, M., & Salcedo, D. (2015).	Studio semi-sperimentale	Pazienti n. 56	L'obiettivo era diminuire le riammissioni, abbreviare i ricoveri ospedalieri, ridurre la mortalità e migliorare la qualità della vita dei nostri pazienti. Innanzitutto, la componente chiave di questo programma includeva la razionalizzazione dei materiali didattici per incoraggiare l'autogestione. In secondo luogo, è stato sviluppato un set di ordini HF per standardizzare cure come farmaci e peso giornaliero. Infine, abbiamo rafforzato i nostri partenariati con la comunità collaborando con i medici di famiglia o con le cliniche per la funzione cardiaca per garantire una dimissione senza intoppi e un follow-up nella comunità.

Tabella IV: Studi esclusi nella revisione

CAPITOLO IV: RISULTATI

4.1 Qualità metodologica degli studi

Nel corso della ricerca condotta è stata colta una rilevante debolezza metodologica dovuta alla eccessiva carenza di articoli nel *Population Health Promotion model* e nel *McGill Model of Nursing* che rispondessero in maniera chiara e sufficiente ai requisiti richiesti. Per tale motivo il confronto per questi 2 modelli non può essere considerato alla pari con gli altri modelli che hanno più fonti su cui basare i risultati.

Tra i vari studi inclusi vi è una eterogeneità di tipologia, sono stati analizzati n.1 meta-analisi, n.1 revisione bibliografica, n.3 studi descrittivi qualitativi, n.1 studio multicentrico randomizzato, n.1 studio osservazionale qualitativo, n.1 studio prospettico quantitativo, n.1 studio retrospettivo di coorte, n.2 studio semi-sperimentale quantitativo, n.2 studio sperimentale e n.1 studio trasversale e osservazionale qualitativo. È altrettanto importante considerare la numerosità dei campioni analizzati dai diversi studi che risulta essere dominata per lo più da una significativa eterogeneità, ad esempio lo studio condotto in Italia da Ballo et al., (2018) con un campione pazienti di n. 1761 ed un gruppo di controllo di n. 3522 soggetti al confronto con lo studio condotto in Canada da Duhamel & Talbot, (2004) con un campione di 5 famiglie. Variano, inoltre, anche i luoghi in cui sono stati condotti gli studi presi in considerazione (Italia, Canada, Stati Uniti d'America, Danimarca, Polonia, Iran) con sistemi sanitari, in alcuni casi, molto differenti tra loro. Inoltre, tra i diversi articoli analizzati vi è anche una variazione delle figure sanitarie che vengono coinvolte e che collaborano con l'IFoC e anche il coinvolgimento o meno dei familiari e dei caregiver.

4.2 Confronto tra studi selezionati in relazione ai quesiti

I quesiti di ricerca hanno guidato lo studio, permettendo una attenta selezione degli articoli da includere. Le diverse caratteristiche degli studi selezionati sono state rappresentate in diverse tabelle (Allegato n.1-2-3-4-5) in modo tale da poter garantire una loro comparazione.

Le caratteristiche che verranno presentate da queste tabelle comprendono rispettivamente:

- modello organizzativo di assistenza;
- bisogni da soddisfare dell'assistito;
- alterazioni funzionali in un assistito con scompenso cardiaco;
- funzioni/Attività del IFoC secondo la FNOPI;
- funzioni/Attività del IFoC secondo il DM n.77 del 23 maggio 2022;

Il confronto tra gli studi presi in considerazione nella presente revisione bibliografica ha portato all'analisi degli interventi assistenziali attuati dall'IFoC per rispondere ai bisogni assistenziali dei pazienti affetti da SCC con lo scopo di individuare quale modello organizzativo può garantire una presa incarico più efficace ed efficiente in contesto di prossimità.

Da uno studio condotto su territorio italiano nel 2023, si evince che tutti gli IFoC intervistati concordano sul fatto che l'assistenza infermieristica richiede un cambiamento di paradigma dall'approccio individuale-paziente alla famiglia come cliente. Lo studio si propone di descrivere il modello culturale dell'IFoC adottando il Modello infermieristico di McGill. Per quanto riguarda il tema del “processo di cura”, l'IFoC intervistati hanno dichiarato di aver adottato il modello Calgary centrato sulla famiglia. Questo modello si relaziona perfettamente con i principi del modello culturale McGillIII che considera la struttura della famiglia, comprese le relazioni familiari estese e i fattori esterni, e il suo sviluppo e funzionamento, ovvero la capacità della famiglia per svolgere funzioni essenziali. Il modello aiuta inoltre l'infermiere nell'ottenere informazioni dalla famiglia attraverso interviste orali e strumenti di valutazione. È emerso dallo studio una “partnership infermiere-paziente”. Gli IFoC di questo studio si sono avvicinati agli individui e ai loro parenti a tal punto da essere considerati parte della famiglia, dimostrando che l'assioma degli interventi comunitari e familiari è stato realizzato. Gli IFoC hanno mostrato la volontà di assumere il proprio ruolo e di sforzarsi di implementare il concetto di assistenza primaria da un punto di vista olistico e relazionale. La presenza degli IFoC che entravano nelle case dei pazienti fornendo sostegno, motivazione ed educazione sanitaria ha facilitato la relazione di cura, così come i suoi valori. Costruire la fiducia tra gli IFoC, i pazienti e le loro famiglie a casa e negli ambienti di assistenza primaria è più fondamentale che mai nell'assistenza infermieristica di comunità. Inoltre, nel presente studio, gli IFoC, si concentrano sulla promozione della cura di sé, sul sostegno all'autonomia dei pazienti e delle famiglie, sul miglioramento della loro comprensione e sull'assistenza ad acquisire le competenze per gestire meglio i propri problemi di salute “Guardiamo alla famiglia e utilizziamo il modello Calgary per portare avanti il processo infermieristico: c'è tutta la famiglia di cui occuparsi perché quando un membro della famiglia è malato, anche l'intera famiglia ne è colpita” (Barisone et al., 2023). Da uno studio osservazionale qualitativo, i risultati hanno indicato che gli infermieri sperimentavano un cambiamento nella relazione con la famiglia e riuscendo ad aiutarli a convivere con l'insufficienza cardiaca. Di

particolare interesse è che gli infermieri, attraverso il loro coinvolgimento e il sostegno delle famiglie, hanno sviluppato una nuova comprensione delle relazioni familiari e della gestione della malattia. Sembravano essere più consapevoli del fatto che le relazioni familiari e i legami influenzavano il modo in cui veniva gestita l'insufficienza cardiaca e, viceversa, il modo in cui veniva gestita l'insufficienza cardiaca influenzava le relazioni familiari e i legami. Gli infermieri coinvolti in questo studio hanno compreso meglio che le relazioni familiari sono fondamentali per la salute e la guarigione (Veltelen et al., 2016). Inoltre, in un altro studio è stato dimostrato che le emozioni sono contagiose nelle coppie che vivono con insufficienza cardiaca, il che significa che se il caregiver si sentiva sicuro nell'assistenza, il risultato era una migliore qualità di vita. Questa conoscenza inter-relazionale sulla cura di sé del paziente durante il percorso della malattia ha implicazioni per risultati familiari positivi (Vellone et al., 2014).

Una meta-analisi condotta da Tsai et al., (2005) dimostra come gli interventi che hanno incorporato uno o più elementi del CCM hanno avuto effetti benefici sugli esiti clinici e sui processi di cura dei pazienti, e i risultati sono stati coerenti in una varietà di malattie croniche, gli effetti sono apparsi in qualche modo più forti per la progettazione del sistema di distribuzione e il supporto all'autogestione, sebbene il supporto decisionale abbia avuto effetti benefici significativi sui processi. È stato, inoltre, osservato che gli interventi diretti all'insufficienza cardiaca congestizia hanno portato a un miglioramento di 5,6-6,7 punti sul Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (Tsai et al., 2005). È emerso che l'assistenza domiciliare ha un'elevata efficacia clinica, riduce il rischio di ricovero ospedaliero, aumenta la soddisfazione e riduce i costi rispetto alle cure ospedaliere, riduce il carico sugli operatori sanitari e migliora la loro qualità di vita. I pazienti con malattie cardiovascolari e i loro caregiver possono essere ben supportati a casa purché il modello di cura sia appropriato per loro. (Szlenk-Czyczerska et al., 2022). Altri studi mostrano che l'implementazione di un programma sanitario regionale per i pazienti con insufficienza cardiaca cronica basato su un modello di strategia di cura cronica fornito nel contesto delle cure primarie ha portato in definitiva a un minor rischio di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca (34%) e a un miglioramento della sopravvivenza (18%). Come osservato, l'impatto sui ricoveri è dovuto principalmente ad un tasso di ricoveri programmati più elevato del 50% (Ballo et al., 2018).

Il rafforzamento dell'assistenza sanitaria è una strategia chiave per alleviare il crescente peso delle malattie cardiovascolari. È emerso dall'analisi degli studi che la pianificazione della dimissione e il monitoraggio del follow-up rimangono passaggi fondamentali per garantire una continuità assistenziale tra la gestione ospedaliera e quella di base dei pazienti con insufficienza cardiaca. L'accento è posto sull'educazione del paziente/caregiver come intervento fondamentale del percorso assistenziale, e il monitoraggio post dimissione prevede frequentemente verifiche sulle nozioni educative acquisite e interventi di rinforzo volti ad aumentare le capacità di autocura e di automonitoraggio (Pedroni et al., 2023).

In un altro studio, svoltosi in Iran nel 2009, è stato indagato l'efficienza del modello di auto-cura di Orem nel recupero di pazienti con insufficienza cardiaca, ed è emerso che il 67% del gruppo di intervento aveva un'elevata capacità di auto-cura e il 33% aveva una capacità media di auto-cura, mentre nel gruppo di controllo, il 40% aveva scarsa capacità di prendersi cura di sé e il 60% aveva un'abilità media. È stato inoltre dimostrato che il gruppo di intervento durante lo studio ha ottenuto notevoli miglioramenti nell'attività fisica riducendo così il rischio di intolleranza all'attività. Anche la compliance terapeutica era più alta nel gruppo di intervento e ciò ha condotto ad avere un bilancio dei liquidi migliore rispetto al gruppo di controllo (Naji et al., 2010). Un ulteriore studio condotto su 20 pazienti affetti da SCC ha dimostrato come il modello di Orem ha migliorato la cura di sé e dell'autoefficacia nei tre ambiti considerati dallo studio, la gestione, il mantenimento della cura di sé e la fiducia nella cura di sé (Parke, 2017). I due risultati principali dello studio condotto da Brandon Amy nel 2008 sono stati che le riammissioni ospedaliere correlate allo scompenso cardiaco e i comportamenti di auto-cura dei pazienti con scompenso cardiaco sono migliorati significativamente con le interazioni telefoniche bisettimanali con un advance nurse practitioner. La capacità di riconoscere i sintomi dello scompenso cardiaco ed il mantenimento del peso corporeo sono rimaste le stesse per la maggior parte dei partecipanti al gruppo di controllo, mentre la maggior parte dei partecipanti al gruppo di intervento è migliorata. Il gruppo di intervento nello studio è stato formato dall' advance nurse practitioner sui comportamenti di cura di sé raccomandati in conformità con le attuali linee guida (ACC/AHA, 2005). Pertanto, con la conoscenza di cosa fare per la cura di sé e l'incoraggiamento da parte dell' advance nurse practitioner, i pazienti con scompenso cardiaco hanno risposto positivamente all'intervento adottando comportamenti di autocura e riducendo le riammissioni ospedaliere correlate allo scompenso cardiaco. Il miglioramento

dei comportamenti di auto-cura ha probabilmente avuto un'influenza diretta sulla significativa riduzione delle riammissioni ospedaliere correlate allo scompenso cardiaco tra i partecipanti al gruppo sperimentale (Brandon, 2008).

CAPITOLO V - DISCUSSIONE

5.1 Discussione

Come già accennato, lo scopo della pratica del IFoC è quello di rispondere ai bisogni sanitari della popolazione adulta e pediatrica di una specifica comunità promuovendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Storicamente, i servizi infermieristici a livello locale erano forniti dagli infermieri distrettuali. Al contrario, l'IFoC rappresenta un'evoluzione di questo concetto e le iniziative del Servizio Sanitario Nazionale la supportano e sono state molto apprezzate dopo la pandemia (Barisone et al., 2023).

Dagli studi analizzati si evince che i modelli scelti ed utilizzati dall'IFoC rispondono tutti più che sufficientemente ai bisogni dell'assistito per il mantenimento dell'autonomia a domicilio, tra di loro quelli che spiccano sono il CFAM ed il CCM; inoltre, quest'ultimi sono i modelli su cui si è riscontrato più materiale in Letteratura, fornendo così maggiore validità dei dati.

Dagli studi è emerso che gli infermieri che utilizzano il CFAM forniscono un maggiore supporto sociale ai pazienti e ai loro familiari stretti ottenendo risultati migliori nell'esecuzione delle ADL, IADL e nelle AADL (Østergaard et al., 2021). D'altronde non sono stati osservati interventi di natura riabilitativa o palliativa dagli studi selezionati che trattano questo modello. Mentre è emerso che gli infermieri che utilizzano il CCM, anche se in una piccola percentuale, risponde alle esigenze di riabilitazione e di palliazione dei pazienti nelle ADL e IADL, sono invece ridotti gli interventi di natura assistenziale nelle AADL. (Ballo et al., 2018)

Dall'analisi degli studi è emerso che i modelli più utili da adottare per la presa in carico degli assistiti che presentano lo SCC nel contesto familiare a domicilio sono sempre il CCM ed il CFAM. Dallo studio condotto da Barisone et al., nel 2023, si evince come sia un punto chiave del modello di Calgary instaurare un rapporto di fiducia solido tra l'infermiere, il paziente ed i familiari, garantendo sostegno emotivo, motivazione ed educazione (Barisone et al., 2023). Inoltre, dallo studio di Voltelen et al., del 2016, si evince come gli infermieri, hanno sviluppato una nuova comprensione delle relazioni familiari e della gestione della malattia. Acquisendo una consapevolezza maggiore su come le relazioni familiari influenzavano il modo in cui veniva gestita l'insufficienza cardiaca e, viceversa. Una considerazione emersa da questo studio è come le relazioni familiari siano fondamentali per la salute e la guarigione (Voltelen et al., 2016).

Si è potuto osservare in tutti i modelli che seguendo un percorso di follow-up domiciliare vi è una riduzione delle ospedalizzazioni, “i risultati di questo studio supportano l’idea che gli advance nurse practitioner hanno un impatto positivo sugli esiti dei pazienti con scompenso cardiaco, in particolare diminuendo le riammissioni ospedaliere correlate allo scompenso cardiaco e migliorando i comportamenti di auto-cura”(Brandon, 2008). Solo il CCM ha riscontrando un andamento diverso, i risultati mostrano che i pazienti assistiti con questo modello hanno un rischio inferiore di morte ma un rischio più elevato di ospedalizzazione per scompenso cardiaco rispetto ad una popolazione di controllo abbinata. Si potrebbero proporre diverse spiegazioni per la mancata diminuzione dei ricoveri per scompenso cardiaco nella nostra popolazione. Dato che il programma CCM coinvolgeva i medici di base, quindi in qualche modo diverso dai sistemi di cura/interventi incentrati sulla malattia come li conosciamo dal punto di vista ospedaliero/specialistico, possiamo ipotizzare che essi abbiano migliorato la loro consapevolezza dei pazienti con scompenso cardiaco e tendessero a valutare il loro stato clinico seguendo percorsi clinici e utilizzando più strutture, compreso il ricovero ospedaliero. Questa ipotesi è supportata dall’evidenza che il tasso dei ricoveri per scompenso pianificati nei pazienti seguiti era aumentato del 50%, mentre l’effetto sul tasso di ricoveri urgenti era notevolmente inferiore. (Ballo et al., 2018)

5.2 Limiti dello studio

Il limite principale a tale studio risulta essere la carenza di articoli in alcuni modelli (McGill model of nursing e Population health Promotion model) questi ultimi non sono stati analizzati adeguatamente e non vi è stata la possibilità di un confronto equo con gli altri modelli. Inoltre, i vari studi selezionati non hanno una omogeneità degli obiettivi, ciò ha condotto a dover ricavare le informazioni da contesti differenti, in aggiunta l’eterogeneità della tipologia dei vari studi non permette di ottenere delle conclusioni mirate. Vi è un altro limite, la diversificazione nel ruolo, nelle competenze e negli interventi che attua l’infermiere di famiglia nei diversi contesti internazionali, che non permettono una standardizzazione degli approcci assistenziali nel confronto tra i vari studi.

CAPITOLO VI - CONCLUSIONI

6.1 Implicazioni per la pratica

Dai risultati ottenuti da questa revisione bibliografica non si può affermare che vi sia un modello organizzativo di assistenza, in un'ottica di prossimità, migliore degli altri. Tuttavia, vi sono delle differenze tra i vari modelli, in quanto alcuni si concentrano maggiormente sul setting familiare e sul coinvolgimento del caregiver, altri incentivano l'autocura ed altri ancora si concentrano sulla promozione e prevenzione della salute. Altra differenza emersa dai modelli analizzati è il diverso contesto a cui si applicano, il modello di Orem ed il CCM si concentrano maggiormente sul singolo individuo, il CFAM ed il McGill model si ampliano alla famiglia ed il PHP model si appropria principalmente alla comunità. Si può ipotizzare che uno uso sinergico dei vari modelli, in base agli obiettivi che si vogliono raggiungere, al contesto e al tipo di intervento che si deve attuare, possa dare dei risultati migliori rispetto al concentrarsi su unico modello.

6.2 Implicazioni per la ricerca

Questo elaborato di tesi può dare le basi per ulteriori studi sull'argomento trattato e ottenere un maggior approfondimento. Durante lo sviluppo dell'elaborato non sono stati individuati molti articoli con obiettivi simili. Inoltre, la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità è in continua evoluzione, sia sul piano nazionale che internazionale, ciò potrebbe condurre ad ulteriori risultati in futuro. Tale figura, nonostante il periodo di evoluzione continuo ed la eterogeneità sul piano internazionale, è risulta un elemento fondamentale per un'assistenza primaria che mira ad un miglioramento della qualità di vita e non solo del suo prolungamento, ad un orientamento più vicino al paziente e ai suoi bisogni e ad un abbattimento dei costi assistenziali attraverso la promozione della salute e la prevenzione sanitaria a qualsiasi livello. A seguito dei risultati ottenuti sarebbe, dunque, molto interessante indagare un uso simultaneo dei diversi modelli per osservare i risultati ottenuti in termini di qualità di interventi e di obiettivi raggiunti.

BIBLIOGRAFIA

- Ballo, P., Profili, F., Policardo, L., Roti, L., Francesconi, P., & Zuppiroli, A. (2018). Opposite trends in hospitalization and mortality after implementation of a chronic care model-based regional program for the management of patients with heart failure in primary care. *BMC Health Services Research*, *18*(1), 388. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3164-0>
- Barisone, M., Busca, E., Bassi, E., De Luca, E., Profenna, E., Suardi, B., & Dal Molin, A. (2023). The Family and Community Nurses Cultural Model in the Times of the COVID Outbreak: A Focused Ethnographic Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(3), 1948. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031948>
- Bell, J. M. (2012). Making Ideas “Stick”: The 15-Minute Family Interview. *Journal of Family Nursing*, *18*(2), 171–174. <https://doi.org/10.1177/1074840712443663>
- Brandon, A. (2008). *The Effects of an Advanced Practice Nurse-led Telephone-based Intervention upon Hospital Readmissions, Quality of Life, and Self-Care Behaviors of Heart Failure Patients* [Thesis]. <https://etd.auburn.edu/handle/10415/1226>
- Corrao, G., & Maggioni, A. P. (2014). Inquadramento epidemiologico dello scompenso cardiaco. *Giornale Italiano di Cardiologia*, *15*(2), 10–15. <https://www.giornaledicardiologia.it/archivio/1465/articoli/16183/>
- Di Lenarda, A., Scherillo, M., Maggioni, A. P., Acquarone, N., Ambrosio, G. B., Annicchiarico, M., Bellis, P., Bellotti, P., De Maria, R., Lavecchia, R., Lucci, D., Mathieu, G., Opasich, C., Porcu, M., Tavazzi, L., & Cafiero, M. (2003). Current presentation and management of heart failure in cardiology and internal medicine hospital units: a tale of two worlds—the TEMISTOCLE study. *American Heart Journal*, *146*(4), 735. [https://doi.org/10.1016/S0002-8703\(03\)00315-6](https://doi.org/10.1016/S0002-8703(03)00315-6)
- Duhamel, F., & Talbot, L. R. (2004). A Constructivist Evaluation of Family Systems Nursing Interventions with Families Experiencing Cardiovascular and Cerebrovascular Illness. *Journal of Family Nursing*, *10*(1), 12–32. <https://doi.org/10.1177/1074840703260906>
- *Gazzetta Ufficiale*. Della Repubblica Italiana. Retrieved October 15, 2023, from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>

- Giovanni Corrao, & Aldo Pietro Maggioni. (2014). Inquadramento epidemiologico dello scompenso cardiaco. *Giornale Italiano di Cardiologia*, 2014Febbraio. <https://doi.org/10.1714/1465.16183>
- Gottlieb, L., & Rowat, K. (1987). The McGill model of nursing: a practice-derived model. *ANS. Advances in Nursing Science*, 9(4), 51–61. <https://doi.org/10.1097/00012272-198707000-00008>
- Hamilton, N., & Bhatti, T. (1996). *Population health promotion: an integrated model of population health and health promotion*. Retrieved from Public Health Agency of Canada website: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/php-psp/index-eng.php>
- Hennessy, D. A., Flanagan, W. M., Tanuseputro, P., Bennett, C., Tuna, M., Kopec, J., Wolfson, M. C., & Manuel, D. G. (2015). The Population Health Model (POHEM): an overview of rationale, methods and applications. *Population Health Metrics*, 13(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12963-015-0057-x>
- King-Dailey, K., Frazier, S., Bressler, S., & King-Wilson, J. (2022). The Role of Nurse Practitioners in the Management of Heart Failure Patients and Programs. *Current Cardiology Reports*, 24(12), 1945–1956. <https://doi.org/10.1007/s11886-022-01796-0>
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada. Retrieved from Public Health Agency of Canada website: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Morales-Asencio, J. M., Martin-Santos, F. J., Morilla-Herrera, J. C., Fernández-Gallego, M. C., Celdrán-Mañas, M., Navarro-Moya, F. J., Rodríguez-Salvador, M. M., Muñoz-Ronda, F. J., Gonzalo-Jiménez, E., & Carrasco, A. M. (2010). Design of a case management model for people with chronic disease (Heart Failure and COPD). Phase I: modeling and identification of the main components of the intervention through their actors: patients and professionals (DELTA-icE-PRO Study). *BMC Health Services Research*, 10(1), 324. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-324>
- Morin, D., Aubin, M., Vezina, L., Gagnon, J., Racine, S., Reinhartz, D., Paradis, M., Dallaire, C., & Aubin, K. (2009). From Hospital to Home After Cardiac Surgery: Evaluation of a Community Nursing Care Management Model. *Professional Case Management*, 14(4), 167. <https://doi.org/10.1097/NCM.0b013e318198d4be>

- Mortara, A., Gabrielli, D., Pugliese, F. R., Corcione, A., Perticone, F., Fontanella, A., Mercurio, G., Cricelli, C., Iacoviello, M., D'Ambrosio, G., Guarracino, F., Modesti, P. A., Vescovo, G., De Maria, R., Iacovoni, A., Macera, F., Palmieri, V., Pasqualucci, D. Battistoni, I., ... Di Lenarda, A. (2019). [ANMCO/FADOI/SIAARTI/SIC/SIMG/SIMI/SIMEU consensus document: The clinical care pathway of acute heart failure patients from symptom onset to discharge from the emergency department]. *Giornale Italiano Di Cardiologia* (2006), 20(5), 289–334. <https://doi.org/10.1714/3151.31321>
- Naji, H., Nasrabadi, A. N., Shaban, M., & Saebnia, R. (2010). The effect of using Orem's model of self-care on recovery of patients with heart failure. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 14(4). <http://ijnmr.mui.ac.ir/index.php/ijnmr/article/view/210>
- Østergaard, B., Mahrer-Imhof, R., Shamali, M., Nørgaard, B., Jeune, B., Pedersen, K. S., & Lauridsen, J. (2021). Effect of family nursing therapeutic conversations on patients with heart failure and their family members: Secondary outcomes of a randomised multicentre trial. *Journal of Clinical Nursing*, 30(5–6), 742–756. <https://doi.org/10.1111/jocn.15603>
- Parke, H. (2017). Educational Intervention to Improve Self-Efficacy and Self-Care in Patients with Heart Failure. *Graduate Student Projects and Scholarship*. https://digitalcommons.liberty.edu/nurse_grad_proj_schol/8
- Pedroni, C., Djuric, O., Bassi, M. C., Mione, L., Caleffi, D., Testa, G., Prandi, C., Navazio, A., & Giorgi Rossi, P. (2023). Elements Characterising Multicomponent Interventions Used to Improve Disease Management Models and Clinical Pathways in Acute and Chronic Heart Failure: A Scoping Review. *Healthcare*, 11(9), 1227. <https://doi.org/10.3390/healthcare11091227>
- Phillips, S. (1997). Incidence Of Documented Exercise Prescription In Nurse Practitioner Client With A Diagnosis Of Cardiovascular Disease. *MSN Research Projects*. <https://athenacommons.muw.edu/msn-projects/221>
- Reimche, R., Rabusic-Wiedner, M., & Salcedo, D. (2015). HEART FAILURE OPTIMIZATION. *Canadian Journal of Cardiology*, 31(10), S325–S326. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2015.07.683>
- Shajan, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. F.A. Davis.

- Shaw, J. D., O’Neal, D. J., Siddharthan, K., & Neugaard, B. I. (2014). Pilot Program to Improve Self-Management of Patients with Heart Failure by Redesigning Care Coordination. *Nursing Research and Practice*, 2014, 836921. <https://doi.org/10.1155/2014/836921>
- Swaby, K., Reynolds, J., & Mortimore, G. (2022). The past, present and future of advanced nursing practice. *Practice Nursing*, 33(4), 150–154. <https://doi.org/10.12968/pnur.2022.33.4.150>
- Swanson. (2012). *Congestive Heart Failure and Comprehensive Patient Education: The Impact on Patient Outcomes* [Washington State University]. <https://rex.libraries.wsu.edu/esploro/outputs/graduate/Congestive-Heart-Failure-and-Comprehensive-Patient/99900590735201842#file-0>
- Szlenk-Czyczerska, E., Guzek, M., Bielska, D. E., Ławnik, A., Polański, P., & Kurpas, D. (2022). Variables Determining Higher Home Care Effectiveness in Patients with Chronic Cardiovascular Disease. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5170. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095170>
- Tsai, A. C., Morton, S. C., Mangione, C. M., & Keeler, E. B. (2005). A Meta-Analysis of Interventions to Improve Care for Chronic Illnesses. *The American Journal of Managed Care*, 11(8), 478–488. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3244301/>
- Vellone, E., Paturzo, M., D’Agostino, F., Mottola, A., Petruzzo, A., Alvaro, R., & Riegel, B. (2017). Self-care in heart failure patients: Major results of a 7-year research program in Italy. *Salute e Societa*, 16(1), 51–64. Scopus. <https://doi.org/10.3280/SES2017-001005>
- Vellone, E., Chung, M. L., Cocchieri, A., Rocco, G., Alvaro, R., & Riegel, B. (2014). Effects of self-care on quality of life in adults with heart failure and their spousal caregivers: testing dyadic dynamics using the actor-partner interdependence model. *Journal of Family Nursing*, 20(1), 120–141. <https://doi.org/10.1177/1074840713510205>
- Vescovo, M. (2019). Consensus document. ANMCO/FADOI/SIAARTI/SIC/SIMG/SIMI/SIMEU: The clinical-diagnostic and therapeutic pathway of patients with acute heart failure in the Emergency Department. *Italian Journal of Medicine*, 13(4), 247–276. <https://doi.org/10.4081/itjm.2019.1230>
- Voltelen, B., Konradsen, H., & Østergaard, B. (2016). Family Nursing Therapeutic Conversations in Heart Failure Outpatient Clinics in Denmark: Nurses’ Experiences. *Journal of Family Nursing*, 22(2), 172–198. <https://doi.org/10.1177/1074840716643879>

- Zanella, R. (2022). *La sanità di prossimità. Case della salute, case e ospedali di comunità, farmacie multi-servizi nelle città dei «quindici minuti»*. Il Pensiero Scientifico.

SITOGRAFIA

- Agenas pubblica le linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità - AGENAS. (n.d.). Retrieved October 1, 2023, from <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2298-agenas-pubblica-le-linee-di-indirizzo-infermiere-di-famiglia-o-comunit%C3%A0>
- American Association of Nurse Practitioners. *Historical Timeline*. Retrieved October 16, 2023, from <https://www.aanp.org/about/about-the-american-association-of-nurse-practitioners-aanp/historical-timeline>
- Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità. Retrieved August 23, 2023, from <https://www.aifec.it/>
- Canada, P. H. A. of. (2001, November 25). Population Health Promotion: An Integrated Model of Population Health and Health Promotion [Policies]. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/population-health-promotion-integrated-model-population-health-health-promotion.html>
- *Dettaglio Deliberazione della Giunta Regionale - Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto*. Retrieved September 2, 2023, from <https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=512715>
- *DM 77/2022: NUOVI MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN - fnopi*. Retrieved September 12, 2023, from <https://www.fnopi.it/aree-tematiche/dm-77-2022-regolamento-recante-la-definizione-di-modelli-e-standard-per-lo-sviluppo-dellassistenza-territoriale-nel-ssn/>
- *Historical Timeline*. (n.d.). American Association of Nurse Practitioners. Retrieved October 16, 2023, from <https://www.aanp.org/about/about-the-american-association-of-nurse-practitioners-aanp/historical-timeline>
- *Home - Italia Domani - Portale PNRR*. Retrieved October 16, 2023, from <https://www.italiadomani.gov.it:443/content/sogei-ng/it/it/home.html>

- *Il decreto Rilancio in Gazzetta: è l'ora dell'infermiere di famiglia*. Retrieved November 1, 2023, from <https://www.fnopi.it/2020/05/20/decreto-rilancio-infermiere-famiglia-gazzetta-ufficiale/>
- *Infermiere di famiglia e comunità (IFEC) – Position Statement della FNOPI - OPI ROMA*. Retrieved August 13, 2023, from <https://opi.roma.it/infermiere-di-famiglia-e-di-comunita-ifec-position-statement-della-federazione/>
- *Infermiere di famiglia. Alcune precisazioni - Quotidiano Sanità*. Retrieved August 23, 2023, from https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=68997
- *Infermieristica di famiglia e di comunità*. Retrieved August 23, 2023, from <https://www.uslnordovest.toscana.it/guida-ai-servizi/7380-ifec-infermieristica-di-famiglia-e-di-comunita>
- Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. *L'epidemiologia per la sanità pubblica Patologie croniche negli anziani - Patologie croniche - Sorveglianza Passi*. (n.d.). Retrieved September 1, 2023, from <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/croniche>
- Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. *L'epidemiologia per la sanità pubblica Patologie croniche negli anziani - Passi d'Argento*. Retrieved September 1, 2023, from <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/croniche#indicatori>
- *Lexview - Dettaglio Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22*. Retrieved August 2, 2023, from <https://lexview-int.regione.fvg.it/fontinormative/xml/xmllex.aspx?anno=2019&legge=22>
- *Lexview - Dettaglio Legge regionale 17 dicembre 2018, n. 27*. Retrieved August 11, 2023, from <https://lexview-int.regione.fvg.it/fontinormative/xml/xmllex.aspx?anno=2018&legge=27>
- Ministero della Salute. *Scopenso cardiaco*. Retrieved October 15, 2023, from <https://www.salute.gov.it/portale/alleanzaCardioCerebrovascolari/dettaglioSchedeAlleanzaCardioCerebrovascolari.jsp?lingua=italiano&id=43&area=Alleanza%20italiana%20per%20le%20malattie%20cardio-cerebrovascolari&menu=malattie>
- *Regioni.it - n. 3909 del 17-09-2020 - Infermiere di famiglia e di comunità: linee di indirizzo - Regioni.it*. Retrieved September 7, 2023, from <http://www.regioni.it/newsletter/n-3909/del-17-09-2020/infermiere-di-famiglia-e-di-comunita-linee-di-indirizzo-21653/>

- *RUOLO DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ* - *fnopi*. Retrieved September 12, 2023, from <https://www.fnopi.it/aree-tematiche/infermiere-di-famiglia-e-di-comunita/>
- *Stato di salute- età dettaglio*. (n.d.). Retrieved November 2, 2023, from https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,Z0810HEA,1.0/HEA_HESTDRUGS/HEA_HESTDRUGS_HEST/IT1,83_63_DF_DCCV_AVQ_PERSONE_205,1.0

ALLEGATI

Allegato n. 1: Calgary Family Assessment Model

Modelli organizzativi nazionali ed internazionali di assistenza	Bisogni da soddisfare dell'assistito	Alterazioni funzionali in un assistito con Scompenso Cardiaco	Funzioni/Attività del IFoC FNOPI	Funzioni/Attività del IFoC DM77	Barisone et al., 2023	Volten et al., 2016	Duhamel & Talbot, 2004	Østergaard et al., 2021	%
<p>Calgary Family Assessment Model (CFAM) è un modello teorico e pratico utilizzato nell'ambito dell'assistenza infermieristica e nel lavoro sociale per valutare e comprendere la dinamica e il funzionamento delle famiglie. Il CFAM fornisce una guida strutturata per valutare le famiglie in base a tre categorie principali: 1. Le strutture della famiglia: comprendono la dimensione, la composizione, i ruoli, i modelli di comunicazione e il sistema sociale della famiglia. 2. I processi familiari: includono la gestione dei problemi, le risorse, le schematizzazioni,</p>	<p>ADL: Fare il bagno; Vestirsi. Toilette; Spostarsi; Continenza di feci e urine; Alimentazione.</p>	<p>Promozione della salute Dieta: evitare eccessiva assunzione di liquidi, monitorare il peso corporeo ogni giorno, consumo di sale < a 5g die, astensione alcolica Stile di vita: astensione al fumo o ad altre sostanze per uso ricreativo Esercizio fisico: eseguire esercizi regolari e moderati per 30 minuti 3 volte alla settimana. Vaccinazione: sottoporsi a vaccinazione contro l'influenza, il pneumococco ed il SARS-CoV-2.</p>	<p>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</p>	<p>Collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce di età</p> <p>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 e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge.</p>	P	P	P	P	100%
			<p>Lettura e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto</p>	<p>Svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva</p>					

<p>l'adattamento, la crescita e lo sviluppo.</p> <p>3. Le funzioni familiari: coinvolgono l'assistenza, il sostegno, la socializzazione, l'educazione, la protezione e il controllo.</p> <p>L'obiettivo del CFAM è aiutare gli operatori sanitari a comprendere la famiglia nel suo contesto, a identificare le sue risorse e a determinare i modi per fornire un supporto appropriato. L'analisi attraverso il CFAM consente di creare piani di assistenza personalizzati, promuovendo il benessere familiare e il miglioramento della salute dei membri della famiglia.</p>		<p>Prevenzione DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Rischio di sindrome da immobilizzazione, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Rischio di integrità tissutale compromessa, Rischio di gestione della salute inefficace</p>	<p>Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali soluzioni migliorative utilizzando modelli scientifici</p>	<p>Contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche</p>	P	P	P	P	100%
			<p>Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone attraverso scale validate in utilizzo nel contesto italiano</p>						
			<p>Monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale e del livello di complessità assistenziale 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 Medici di Medicina Generale e con gli altri professionisti coinvolti.</p>						
			<p>Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di Medicina Generale</p>						
		<p>Cura/Trattamento DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Intolleranza all'attività, Nutrizione inferiore al fabbisogno, Sindrome da deficit della cura di se, Ansia, Paura. COMPLICANZE POTENZIALI: Edema Polmonare, Ipossia, Aritmie, Shock cardiogeno, Trombosi venosa profonda, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Perfusioni tissutali periferiche inefficaci, Insufficienza renale, Insufficienza epatica.</p>	<p>Adozione di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali.</p>	<p>Valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver</p>	P	P	P	P	100%
			<p>Coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale</p>						
			<p>Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.</p>						
			<p>Facilitazione delle dimissioni precoci in stretta sinergia con il MMG, il PLS e gli altri specialisti.</p>						
			<p>Attivazione di consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali.</p>						
		<p>Riabilitazione</p>	<p>Interventi diretti sulla base delle competenze clinico assistenziali specifiche e dell'expertise maturato.</p>	<p>Favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita</p>	P	P	P	P	100%
<p>Attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e per evitare la frammentazione delle cure</p>									
<p>Palliazione Gestione del dolore, della sintomatologia e accompagnamento nel fine vita a domicilio.</p>	<p>Utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.</p>	<p>Utilizza in forte integrazione con le reti socio-sanitarie avvalendosi della sanità e con le risorse della comunità e gli altri professionisti sanitari</p>	A	P	A	P	50%		
	<p>Valutazione del bisogno di orientamento rispetto ai servizi socio-sanitari esistenti, ai percorsi necessari per la loro attivazione e all'utilizzo delle fonti di informazione e di comunicazione disponibili.</p>								
					A	A	A	A	0%

	IADL: Usare il telefono, Fare la spesa, Preparare il cibo, Governo della casa, Fare il bucato, Mezzi di trasporto, Assunzione farmaci, Uso del denaro.	Promozione della salute Dieta: evitare eccessiva assunzione di liquidi, monitorare il peso corporeo ogni giorno, consumo di sale < a 5g die, astensione alcolica Stile di vita: astensione al fumo o ad altre sostanze per uso ricreativo Esercizio fisico: eseguire esercizi regolari e moderati per 30 minuti 3 volte alla settimana. Vaccinazione: sottoporsi a vaccinazione contro l'influenza, il pneumococco ed il SARS-CoV-2.	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	Collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce di età	P	P	P	P	100%
				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 e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge.					
			Letture e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto	Svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva					
	Prevenzione DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Rischio di sindrome da immobilizzazione, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Rischio di integrità tissutale compromessa, Rischio di gestione della salute inefficace	Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali soluzioni migliorative utilizzando modelli scientifici	Contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche	P	P	P	P	100%	
Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone attraverso scale validate in utilizzo nel contesto italiano									
Monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale e del livello di complessità assistenziale 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 Medici di Medicina Generale e con gli altri professionisti coinvolti.									

		Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di Medicina Generale	Valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver					
		Adozione di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali.						
	Cura/Trattamento DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Intolleranza all'attività, Nutrizione inferiore al fabbisogno, Sindrome da deficit della cura di se, Ansia, Paura. COMPLICANZE POTENZIALI: Edema Polmonare, Ipossia, Aritmie, Shock cardiogeno, Tromosi venosa profonda, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Perfusionazione tissutale periferica inefficace, Insufficienza renale, Insufficienza epatica.	Coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale	Favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita	P	P	P	P	100%
Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.								
Facilitazione delle dimissioni precoci in stretta sinergia con il MMG, il PLS e gli altri specialisti.								
Attivazione di consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali.								
		Interventi diretti sulla base delle competenze clinico assistenziali specifiche e dell'expertise maturato.						
		Riabilitazione	Utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.	A	P	A	P	50%
		Palliazione	Lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie avalenza sanitaria e con le risorse della comunità e gli altri professionisti sanitari	A	A	A	A	0%
	AADL: Praticare attività ricreative, Socializzare, Svolgere attività	Promozione della salute Dieta: evitare eccessiva assunzione di liquidi, monitorare il peso corporeo ogni giorno, consumo di sale	Collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce di età	P	P	P	P	100%

	produttive.	<p>< a 5g die, astensione alcolica Stile di vita: astensione al fumo o ad altre sostanze per uso ricreativo Esercizio fisico: eseguire esercizi regolari e moderati per 30 minuti 3 volte alla settimana. Vaccinazione: sottoporsi a vaccinazione contro l'influenza, il pneumococco ed il SARS-CoV-2.</p>		<p>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 e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge.</p>					
			<p>Lettura e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto</p>	<p>Svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva</p>					
	<p>Prevenzione DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Rischio di sindrome da immobilizzazione, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Rischio di integrità tissutale compromessa, Rischio di gestione della salute inefficace</p>	<p>Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali soluzioni migliorative utilizzando modelli scientifici</p>	<p>Contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche</p>	P	P	P	P	100%	
		<p>Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone attraverso scale validate in utilizzo nel contesto italiano</p>							
		<p>Monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale e del livello di complessità assistenziale 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 Medici di Medicina Generale e con gli altri professionisti coinvolti.</p>							
<p>Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di Medicina Generale</p>									
	<p>Adozione di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali.</p>	<p>Valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver</p>							

		<p>Cura/Trattamento</p> <p>DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Intolleranza all'attività, Nutrizione inferiore al fabbisogno, Sindrome da deficit della cura di se, Ansia, Paura.</p> <p>COMPLICANZE POTENZIALI: Edema Polmonare, Ipossia, Aritmie, Shock cardiogeno, Trombosi venosa profonda, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Perfusionazione tissutale periferica inefficace, Insufficienza renale, Insufficienza epatica.</p>	<p>Coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale</p> <p>Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.</p> <p>Facilitazione delle dimissioni precoci in stretta sinergia con Il MMG, il PLS e gli altri specialisti.</p> <p>Attivazione di consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali.</p> <p>Interventi diretti sulla base delle competenze clinico assistenziali specifiche e dell'expertise maturato.</p>	<p>Favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita</p>	P	P	P	P	100%
		<p>Riabilitazione</p>	<p>Attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e per evitare la frammentazione delle cure</p>	<p>Utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.</p>	A	P	A	P	50%
		<p>Palliazione</p> <p>Gestione del dolore, della sintomatologia e accompagnamento nel fine vita a domicilio.</p>	<p>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.</p>	<p>Lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie avalenza sanitaria e con le risorse della comunità e gli altri professionisti sanitari</p>	A	A	A	A	0%
<p>Legenda: P= presente nell'articolo A= non presente nell'articolo %= frequenza con la quale sono presenti, all'intorno della totalità degli articoli presi in considerazione, gli interventi descritti nella tabella</p>									

Allegato n. 2 Chronic Care Model

Modelli organizzativi nazionali ed internazionali di assistenza	Bisogni da soddisfare dell'assistito	Alterazioni funzionali in un assistito con Scompenso Cardiaco	Funzioni/Attività del IFoC FNOPI	Funzioni/Attività del IFoC DM77	Shaw et al., 2014	Tsai et al., 2005	Ozyzerska et al., 2022	Pedroni et al., 2023	Ballo et al., 2018	%
<p>Chronic Care Model (CCM) Il modello propone un approccio proattivo nei confronti degli assistiti, rendendoli parte integranti del processo di cura. Si basa su 6 punti fondamentali: le risorse della comunità (Sfruttare le risorse e i servizi disponibili nella comunità per ampliare le opzioni di assistenza per i pazienti, promuovendo la continuità delle cure), Coordinamento delle Cure (Garantire un efficace coordinamento delle cure tra i diversi operatori sanitari, facilitando il follow-up e garantendo che i pazienti ricevano la giusta assistenza), Supporto all'auto cura (Fornire supporto continuo e personalizzato per aiutare i pazienti a gestire la propria salute attraverso l'accesso a risorse, il coinvolgimento della famiglia e il sostegno emotivo), Riprogettazione del Sistema di Cure (Ottimizzare i processi organizzativi e clinici per garantire un'assistenza efficiente, tra cui la coordinazione delle cure, la</p>	<p>ADL: Fare il bagno; Vestirsi. Toilette; Spostarsi; Continenza di feci e urine; Alimentazione.</p>	<p>Promozione della salute Dieta: evitare eccessiva assunzione di liquidi, monitorare il peso corporeo ogni giorno, consumo di sale < a 5g die, astensione alcolica Stile di vita: astensione al fumo o ad altre sostanze per uso ricreativo Esercizio fisico: eseguire esercizi regolari e moderati per 30 minuti 3 volte alla settimana. Vaccinazione: sottoporsi a vaccinazione contro l'influenza, il pneumococco ed il SARS-CoV-2.</p>	<p>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</p>	<p>Collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce di età</p> <p>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 e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge.</p>	A	P	P	P	P	80%
			<p>Lettura e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto</p>	<p>Svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva</p>	P	P	P	P	P	100%
			<p>Prevenzione DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Rischio di sindrome da immobilizzazione, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Rischio di integrità tissutale compromessa, Rischio di gestione della salute inefficace</p>	<p>Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali soluzioni migliorative utilizzando modelli scientifici</p> <p>Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone attraverso scale validate in utilizzo nel</p>	<p>Contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche</p>	P	P	P	P	P

<p>gestione delle informazioni e la comunicazione tra i membri del team sanitario), Supporto alla Decisione Clinica (Garantire che il personale sanitario disponga delle risorse e delle competenze necessarie per guidare i pazienti nella gestione delle malattie croniche, facilitando il processo decisionale informato) Informazione attiva (Coinvolgere attivamente il paziente nell'autogestione della propria malattia, fornendo informazioni, istruzione e strumenti per migliorare la consapevolezza e la responsabilizzazione).</p>		contesto italiano								
		Monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale e del livello di complessità assistenziale 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 Medici di Medicina Generale e con gli altri professionisti coinvolti.								
		Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di Medicina Generale	Valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver							
		Adozione di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali.								
	<p>Cura/Trattamento DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Intolleranza all'attività, Nutrizione inferiore al fabbisogno, Sindrome da deficit della cura di se, Ansia, Paura. COMPLICANZE POTENZIALI: Edema Polmonare, Ipossia, Aritmie, Shock cardiogeno, Trombosi venosa profonda, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Perfusioni tissutale periferica inefficace, Insufficienza renale, Insufficienza epatica.</p>		Coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale	Favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita	P	P	P	P	P	100%
			Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.							
			Facilitazione delle dimissioni precoci in stretta sinergia con il MMG, il PLS e gli altri specialisti.							
		Attivazione di consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali.								
	Interventi diretti sulla base delle competenze clinico assistenziali specifiche e dell'expertise maturato.									
Riabilitazione	Attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e	Utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.	P	P	P	P	P	100%		

			per evitare la frammentazione delle cure							
		Palliazione Gestione del dolore, della sintomatologia e accompagnamento nel fine vita a domicilio.	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.	Lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie avalenza sanitaria e con le risorse della comunita' e gli altri professionisti sanitari	A	P	A	A	P	40%
IADL: Usare il telefono, Fare la spesa, Preparare il cibo, Governo della casa, Fare il bucato, Mezzi di trasporto, Assunzione farmaci, Uso del denaro.	Promozione della salute Dieta: evitare eccessiva assunzione di liquidi, monitorare il peso corporeo ogni giorno, consumo di sale < a 5g die, astensione alcolica Stile di vita: astensione al fumo o ad altre sostanze per uso ricreativo Esercizio fisico: eseguire esercizi regolari e moderati per 30 minuti 3 volte alla settimana. Vaccinazione: sottoporsi a vaccinazione contro l'influenza, il pneumococco ed il SARS-CoV-2.	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	Collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce di età	A	P	P	P	P	80%	
			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 e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge.							
		Letture e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto	Svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva							
		Prevenzione DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Rischio di sindrome da immobilizzazione, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Rischio di integrità tissutale compromessa, Rischio di gestione della salute inefficace	Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali soluzioni migliorative utilizzando modelli scientifici	Contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche	P	P	P	P	P	100%
		Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone attraverso								

			scale validate in utilizzo nel contesto italiano								
			Monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale e del livello di complessità assistenziale 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 Medici di Medicina Generale e con gli altri professionisti coinvolti.								
			Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di Medicina Generale	Valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver							
			Adozione di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali.								
		Cura/Trattamento DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Intolleranza all'attività, Nutrizione inferiore al fabbisogno, Sindrome da deficit della cura di se, Ansia, Paura. COMPLICANZE POTENZIALI: Edema Polmonare, Ipossia, Aritmie, Shock cardiogeno, Tromosi venosa profonda, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Perfusionazione tissutale periferica inefficace, Insufficienza renale, Insufficienza epatica.	Coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale	Favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita	P	P	P	P	P	100%	
			Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.								
			Facilitazione delle dimissioni precoci in stretta sinergia con il MMG, il PLS e gli altri specialisti.								
			Attivazione di consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali.								
			Interventi diretti sulla base delle competenze clinico assistenziali specifiche e dell'expertise maturato.								
		Riabilitazione	Attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e	Utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.	P	P	P	P	P	100%	

			per evitare la frammentazione delle cure							
		Palliazione Gestione del dolore, della sintomatologia e accompagnamento nel fine vita a domicilio.	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.	Lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie avalenza sanitaria e con le risorse della comunita' e gli altri professionisti sanitari	A	P	A	A	A	20%
AADL: Praticare attività ricreative, Socializzare, Svolgere attività produttive.	Promozione della salute Dieta: evitare eccessiva assunzione di liquidi, monitorare il peso corporeo ogni giorno, consumo di sale < a 5g die, astensione alcolica Stile di vita: astensione al fumo o ad altre sostanze per uso ricreativo Esercizio fisico: eseguire esercizi regolari e moderati per 30 minuti 3 volte alla settimana. Vaccinazione: sottoporsi a vaccinazione contro l'influenza, il pneumococco ed il SARS-CoV-2.	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	Collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce di età	A	A	P	A	A	20%	
			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 e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge.							
		Letture e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto	Svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva							
	Prevenzione DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Rischio di sindrome da immobilizzazione, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Rischio di integrità tissutale compromessa, Rischio di gestione della salute inefficace	Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali soluzioni migliorative utilizzando modelli scientifici Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone attraverso	Contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche	P	A	P	A	A	40%	

			scale validate in utilizzo nel contesto italiano							
			Monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale e del livello di complessità assistenziale 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 Medici di Medicina Generale e con gli altri professionisti coinvolti.							
			Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di Medicina Generale	Valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver						
			Adozione di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali.							
		Cura/Trattamento DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Intolleranza all'attività, Nutrizione inferiore al fabbisogno, Sindrome da deficit della cura di se, Ansia, Paura. COMPLICANZE POTENZIALI: Edema Polmonare, Ipossia, Aritmie, Shock cardiogeno, Tromosi venosa profonda, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Perfusionazione tissutale periferica inefficace, Insufficienza renale, Insufficienza epatica.	Coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale	Favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita	A	P	P	A	A	40%
			Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.							
			Facilitazione delle dimissioni precoci in stretta sinergia con il MMG, il PLS e gli altri specialisti.							
			Attivazione di consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali.							
			Interventi diretti sulla base delle competenze clinico assistenziali specifiche e dell'expertise maturato.							
		Riabilitazione	Attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e	Utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.	A	P	A	A	A	20%

			per evitare la frammentazione delle cure							
		Palliazione Gestione del dolore, della sintomatologia e accompagnamento nel fine vita a domicilio.	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.	Lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie avalenza sanitaria e con le risorse della comunita' e gli altri professionisti sanitari	A	P	A	A	A	20%

Legenda:

P= presente nell'articolo

A= non presente nell'articolo

%= frequenza con la quale sono presenti, all'intorno della totalità degli articoli presi in considerazione, gli interventi descritti nella tabella

Allegato n. 3: Orem's model of self care

Modelli organizzativi nazionali ed internazionali di assistenza	Bisogni da soddisfare dell'assistito	Alterazioni funzionali in un assistito con Scopenso Cardiaco	Funzioni/Attività del IFoC FNOPI	Funzioni/Attività del IFoC DM77	Naji et al., 2010	Swanson, 2012	Parke, 2017	Brandon, 2008	%
<p>Orem's model of self care Il Modello di Orem si basa sul concetto chiave dell'autocura, definito come l'insieme delle attività intraprese da un individuo per mantenere la salute e il benessere. Secondo Orem, ogni individuo ha la responsabilità di prendersi cura di sé stesso e di gestire le proprie attività di cura quotidiane. La teoria si articola attorno a tre concetti fondamentali: Teoria della cura di Sé (comprende le attività quotidiane svolte in modo indipendente dal soggetto per promuovere e mantenere il benessere personale), Teoria del Deficit della cura di Sé (questo concetto si riferisce a situazioni in cui una persona non è in grado di soddisfare da sola le proprie esigenze di autocura. Può essere causato da una malattia,</p>	<p>ADL: Fare il bagno; Vestirsi. Toilette; Spostarsi; Continenza di feci e urine; Alimentazione.</p>	<p>Promozione della salute Dieta: evitare eccessiva assunzione di liquidi, monitorare il peso corporeo ogni giorno, consumo di sale < a 5g die, astensione alcolica Stile di vita: astensione al fumo o ad altre sostanze per uso ricreativo Esercizio fisico: eseguire esercizi regolari e moderati per 30 minuti 3 volte alla settimana. Vaccinazione: sottoporsi a vaccinazione contro l'influenza, il pneumococco ed il SARS-CoV-2.</p>	<p>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</p>	<p>Collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce di età</p>	A	P	A	P	50 %
			<p>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 e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge.</p>						
			<p>Lettura e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto</p>	<p>Svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva</p>					
		<p>Prevenzione DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Rischio di sindrome da immobilizzazione, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Rischio di integrità tissutale compromessa, Rischio di gestione della salute inefficace</p>	<p>Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali soluzioni migliorative utilizzando modelli scientifici</p>	<p>Contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche</p>	P	P	P	P	100 %
			<p>Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone attraverso scale validate in utilizzo nel contesto italiano</p>						

<p>un'infermit�, una disabilit� o altre circostanze che limitano la capacit� di una persona di prendersi cura di se stessa.), Teoria dei sistemi di assistenza infermieristica (l'assistenza infermieristica � la terza componente del modello di Orem. In questa parte del modello, l'infermiere fornisce l'assistenza necessaria per colmare il difetto di autocura del paziente. L'obiettivo dell'infermiere � quello di aiutare il paziente a raggiungere un livello di autonomia ottimale nella cura di se stesso. L'infermiere pu� fornire assistenza diretta, istruzione, supporto emotivo e altre risorse per aiutare il paziente a raggiungere la massima indipendenza possibile).</p>			<p>Monitoraggio del grado di stabilit� clinica/assistenziale e del livello di complessit� assistenziale 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 Medici di Medicina Generale e con gli altri professionisti coinvolti.</p>								
			<p>Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di Medicina Generale</p> <p>Adozione di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali.</p>								
		<p>Cura/Trattamento DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Intolleranza all'attivit�, Nutrizione inferiore al fabbisogno, Sindrome da deficit della cura di se, Ansia, Paura. COMPLICANZE POTENZIALI: Edema Polmonare, Ipossia, Aritmie, Shock cardiogeno, Trombosi venosa profonda, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Perfusione tissutale periferica inefficace, Insufficienza renale, Insufficienza epatica.</p>	<p>Coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale</p> <p>Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.</p> <p>Facilitazione delle dimissioni precoci in stretta sinergia con il MMG, il PLS e gli altri specialisti.</p> <p>Attivazione di consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali.</p> <p>Interventi diretti sulla base delle competenze clinico assistenziali specifiche e dell'expertise maturato.</p>	<p>Favorisce l'accessibilit� e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita</p>	P	P	P	P	100 %		

		Riabilitazione	Attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e per evitare la frammentazione delle cure	Utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.	P	P	P	P	100 %
		Palliazione Gestione del dolore, della sintomatologia e accompagnamento nel fine vita a domicilio.	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.	Lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie avalenza sanitaria e con le risorse della comunità e gli altri professionisti sanitari	A	A	A	A	0%
	IADL: Usare il telefono, Fare la spesa, Preparare il cibo, Governare della casa, Fare il bucato, Mezzi di trasporto, Assunzione farmaci, Uso del denaro.	Promozione della salute Dieta: evitare eccessiva assunzione di liquidi, monitorare il peso corporeo ogni giorno, consumo di sale < a 5g die, astensione alcolica Stile di vita: astensione al fumo o ad altre sostanze per uso ricreativo Esercizio fisico: eseguire esercizi regolari e moderati per 30 minuti 3 volte alla settimana. Vaccinazione: sottoporsi a vaccinazione contro l'influenza, il pneumococco ed il SARS-CoV-2.	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	Collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce di età	A	P	A	P	50 %
				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 e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge.					
				Lettura e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto	Svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva				
		Prevenzione DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Rischio di sindrome da immobilizzazione, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Rischio di integrità tissutale compromessa, Rischio di gestione della salute	Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali soluzioni migliorative utilizzando modelli scientifici	Contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni	P	P	P	P	100 %

		inefficace	<p>Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone attraverso scale validate in utilizzo nel contesto italiano</p> <p>Monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale e del livello di complessità assistenziale 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 Medici di Medicina Generale e con gli altri professionisti coinvolti.</p> <p>Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di Medicina Generale</p> <p>Adozione di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali.</p>	<p>croniche</p> <p>Valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver</p>						
		<p>Cura/Trattamento</p> <p>DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Intolleranza all'attività, Nutrizione inferiore al fabbisogno, Sintomi da deficit della cura di sé, Ansia, Paura.</p> <p>COMPLICANZE POTENZIALI: Edema Polmonare, Ipossia, Aritmie, Shock cardiogeno, Trombosi venosa profonda, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Perfusione tissutale periferica inefficace, Insufficienza renale, Insufficienza epatica.</p>	<p>Coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale</p> <p>Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.</p> <p>Facilitazione delle dimissioni precoci in stretta sinergia con il MMG, il PLS e gli altri specialisti.</p> <p>Attivazione di consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali.</p>	<p>Favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita</p>	P	P	P	P	100 %	

			Interventi diretti sulla base delle competenze clinico assistenziali specifiche e dell'expertise maturato.						
		Riabilitazione	Attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e per evitare la frammentazione delle cure	Utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.	P	P	P	P	100 %
		Palliazione Gestione del dolore, della sintomatologia e accompagnamento nel fine vita a domicilio.	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.	Lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie avalenza sanitaria e con le risorse della comunita' e gli altri professionisti sanitari	A	A	A	A	0%
AADL: Praticare attività ricreative, Socializzare, Svolgere attività produttive.	Promozione della salute Dieta: evitare eccessiva assunzione di liquidi, monitorare il peso corporeo ogni giorno, consumo di sale < a 5g die, astensione alcolica Stile di vita: astensione al fumo o ad altre sostanze per uso ricreativo Esercizio fisico: eseguire esercizi regolari e moderati per 30 minuti 3 volte alla settimana. Vaccinazione: sottoporsi a vaccinazione contro l'influenza, il pneumococco ed il SARS-CoV-2.	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	Collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce di età	A	P	A	P	50 %	
			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 e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge.						
		Lettura e analisi del contesto famigliare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto	Svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva						
	Prevenzione DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Rischio di sindrome da immobilizzazione, Rischio di eccesso	Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle	Contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in	P	P	A	P	75 %	

		di volume di liquidi, Rischio di integrità tissutale compromessa, Rischio di gestione della salute inefficace	eventuali soluzioni migliorative utilizzando modelli scientifici	condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche						
			Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone attraverso scale validate in utilizzo nel contesto italiano							
			Monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale e del livello di complessità assistenziale 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 Medici di Medicina Generale e con gli altri professionisti coinvolti.							
			Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di Medicina Generale	Valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver						
			Adozione di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali.							
		Cura/Trattamento DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Intolleranza all'attività, Nutrizione inferiore al fabbisogno, Sindrome da deficit della cura di se, Ansia, Paura. COMPLICANZE POTENZIALI: Edema Polmonare, Ipossia, Aritmie, Shock cardiogeno, Trombosi venosa profonda, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Perfusioni tissutali periferiche inefficaci, Insufficienza renale,	Coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale	Favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita	P	P	A	A	50	%
			Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.							
			Facilitazione delle dimissioni precoci in stretta sinergia con il MMG, il PLS e gli altri specialisti.							

		Insufficienza epatica.	Attivazione di consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali.						
			Interventi diretti sulla base delle competenze clinico assistenziali specifiche e dell'expertise maturato.						
		Riabilitazione	Attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e per evitare la frammentazione delle cure	Utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.	A	A	A	A	0%
		Palliazione Gestione del dolore, della sintomatologia e accompagnamento nel fine vita a domicilio.	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.	Lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie avalenza sanitaria e con le risorse della comunita' e gli altri professionisti sanitari	A	A	A	A	0%
<p>Legenda: P= presente nell'articolo A= non presente nell'articolo %= frequenza con la quale sono presenti, all'intorno della totalità degli articoli presi in considerazione, gli interventi descritti nella tabella</p>									

Allegato n. 4: **McGill Model of Nursing**

Modelli organizzativi nazionali ed internazionali di assistenza	Bisogni da soddisfare dell'assistito	Alterazioni funzionali in un assistito con Scompenso Cardiaco	Funzioni/Attività del IFoC FNOPI	Funzioni/Attività del IFoC DM77	Barisone et al., 2023	%
<p>McGill Model of Nursing L'obiettivo principale del Modello Infermieristico McGill è migliorare, rafforzare e mantenere la salute dell'individuo e della famiglia. In questo modello è stata sottolineata l'importanza dei ruoli infermieristici nel migliorare, supportare e completare la capacità individuale e familiare di affrontare condizioni, malattie, disabilità e altre malattie per affrontare le sfide che possono sorgere e adottare nel "processo di guarigione naturale"</p>	<p>ADL: Fare il bagno; Vestirsi. Toilette; Spostarsi; Continenza di feci e urine; Alimentazione.</p>	<p>Promozione della salute Dieta: evitare eccessiva assunzione di liquidi, monitorare il peso corporeo ogni giorno, consumo di sale < a 5g die, astensione alcolica Stile di vita: astensione al fumo o ad altre sostanze per uso ricreativo Esercizio fisico: eseguire esercizi regolari e moderati per 30 minuti 3 volte alla settimana. Vaccinazione: sottoporsi a vaccinazione contro l'influenza, il pneumococco ed il SARS-CoV-2.</p>	<p>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</p>	<p>Collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce di età</p> <p>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 e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge.</p>	P	100%
		<p>Prevenzione DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Rischio di sindrome da immobilizzazione, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Rischio di integrità tissutale compromessa, Rischio di gestione della salute inefficace</p>	<p>Letture e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto</p>	<p>Svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva</p>		
			<p>Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali soluzioni migliorative utilizzando modelli scientifici</p> <p>Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone attraverso scale validate in utilizzo nel contesto italiano</p>	<p>Contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche</p>	P	100%

			Monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale e del livello di complessità assistenziale 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 Medici di Medicina Generale e con gli altri professionisti coinvolti.			
			Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di Medicina Generale	Valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver		
			Adozione di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali.			
		Cura/Trattamento DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Intolleranza all'attività, Nutrizione inferiore al fabbisogno, Sindrome da deficit della cura di se, Ansia, Paura. COMPLICANZE POTENZIALI: Edema Polmonare, Ipossia, Aritmie, Shock cardiogeno, Trombosi venosa profonda, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Perfusione tissutale periferica inefficace, Insufficienza renale, Insufficienza epatica.	Coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management. Facilitazione delle dimissioni precoci in stretta sinergia con il MMG, il PLS e gli altri specialisti. Attivazione di consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali. Interventi diretti sulla base delle competenze clinico assistenziali specifiche e dell'expertise maturato.	Favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita	P	100%
		Riabilitazione	Attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e per evitare la frammentazione delle cure	Utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.	A	0%
		Palliazione Gestione del dolore, della sintomatologia e accompagnamento nel fine vita a domicilio.	Valutazione del bisogno di orientamento rispetto ai servizi socio-sanitari esistenti, ai percorsi necessari per la loro attivazione e all'utilizzo delle fonti di informazione e di comunicazione disponibili.	Lavora in forte integrazione con le reti socio-sanitarie a valenza sanitaria e con le risorse della comunità e gli altri professionisti sanitari	A	0%
	IADL: Usare il telefono, Fare la spesa, Preparare il cibo,	Promozione della salute Dieta: evitare eccessiva assunzione di liquidi, monitorare il peso corporeo ogni giorno, consumo di sale < a 5g die, astensione alcolica	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	Collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce di età	P	100%

	<p>Governo della casa, Fare il bucato, Mezzi di trasporto, Assunzione farmaci, Uso del denaro.</p>	<p>Stile di vita: astensione al fumo o ad altre sostanze per uso ricreativo Esercizio fisico: eseguire esercizi regolari e moderati per 30 minuti 3 volte alla settimana. Vaccinazione: sottoporsi a vaccinazione contro l'influenza, il pneumococco ed il SARS-CoV-2.</p>		<p>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 e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge.</p>		
			<p>Letture e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto</p>	<p>Svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva</p>		
	<p>Prevenzione DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Rischio di sindrome da immobilizzazione, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Rischio di integrità tissutale compromessa, Rischio di gestione della salute inefficace</p>	<p>Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali soluzioni migliorative utilizzando modelli scientifici</p>	<p>Contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche</p>	<p>P</p>	<p>100%</p>	
		<p>Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone attraverso scale validate in utilizzo nel contesto italiano</p>				
		<p>Monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale e del livello di complessità assistenziale 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 Medici di Medicina Generale e con gli altri professionisti coinvolti.</p>				
		<p>Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di Medicina Generale</p>				
	<p>Adozione di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali.</p>	<p>Valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver</p>				

	<p>Cura/Trattamento DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Intolleranza all'attività, Nutrizione inferiore al fabbisogno, Sindrome da deficit della cura di se, Ansia, Paura. COMPLICANZE POTENZIALI: Edema Polmonare, Ipossia, Aritmie, Shock cardiogeno, Tromosi venosa profonda, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Perfusioni tissutale periferica inefficace, Insufficienza renale, Insufficienza epatica.</p>	<p>Coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale</p>	<p>Favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita</p>	<p>P</p>	<p>100%</p>
		<p>Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.</p>			
		<p>Facilitazione delle dimissioni precoci in stretta sinergia con il MMG, il PLS e gli altri specialisti.</p>			
	<p>Riabilitazione</p>	<p>Attivazione di consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali.</p>	<p>Utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.</p>	<p>A</p>	<p>0%</p>
		<p>Interventi diretti sulla base delle competenze clinico assistenziali specifiche e dell'expertise maturato.</p>			
		<p>Attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e per evitare la frammentazione delle cure</p>			
<p>Palliazione Gestione del dolore, della sintomatologia e accompagnamento nel fine vita a domicilio.</p>	<p>Valutazione del bisogno di orientamento rispetto ai servizi socio-sanitari esistenti, ai percorsi necessari per la loro attivazione e all'utilizzo delle fonti di informazione e di comunicazione disponibili.</p>	<p>Lavora in forte integrazione con le reti socio-sanitarie avalenza sanitaria e con le risorse della comunità e gli altri professionisti sanitari</p>	<p>A</p>	<p>0%</p>	
<p>AADL: Praticare attività ricreative, Socializzare, Svolgere attività produttive.</p>	<p>Promozione della salute Dieta: evitare eccessiva assunzione di liquidi, monitorare il peso corporeo ogni giorno, consumo di sale < a 5g die, astensione alcolica Stile di vita: astensione al fumo o ad altre sostanze per uso ricreativo Esercizio fisico: eseguire esercizi regolari e moderati per 30 minuti 3 volte alla settimana. Vaccinazione: sottoporsi a vaccinazione contro l'influenza, il pneumococco ed il SARS-CoV-2.</p>	<p>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</p>	<p>Collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce di età</p>	<p>P</p>	<p>100%</p>
		<p>Letture e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto</p>	<p>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 e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge.</p>		
			<p>Svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva</p>		

		<p>Prevenzione DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Rischio di sindrome da immobilizzazione, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Rischio di integrità tissutale compromessa, Rischio di gestione della salute inefficace</p>	<p>Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali soluzioni migliorative utilizzando modelli scientifici</p> <p>Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone attraverso scale validate in utilizzo nel contesto italiano</p> <p>Monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale e del livello di complessità assistenziale 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 Medici di Medicina Generale e con gli altri professionisti coinvolti.</p> <p>Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di Medicina Generale</p> <p>Adozione di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali.</p>	<p>Contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche</p> <p>Valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver</p>	P	100%
		<p>Cura/Trattamento DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Intolleranza all'attività, Nutrizione inferiore al fabbisogno, Sindrome da deficit della cura di se, Ansia, Paura. COMPLICANZE POTENZIALI: Edema Polmonare, Ipossia, Aritmie, Shock cardiogeno, Trombosi venosa profonda, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Perfusioni tissutale periferica inefficace, Insufficienza renale, Insufficienza epatica.</p>	<p>Coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale</p> <p>Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.</p> <p>Facilitazione delle dimissioni precoci in stretta sinergia con il MMG, il PLS e gli altri specialisti.</p> <p>Attivazione di consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali.</p> <p>Interventi diretti sulla base delle competenze clinico assistenziali specifiche e dell'expertise maturato.</p>	<p>Favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita</p>	P	100%
		<p>Riabilitazione</p>	<p>Attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e per evitare la frammentazione delle cure</p>	<p>Utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.</p>	A	0%

		Palliazione Gestione del dolore, della sintomatologia e accompagnamento nel fine vita a domicilio.	Valutazione del bisogno di orientamento rispetto ai servizi socio-sanitari esistenti, ai percorsi necessari per la loro attivazione e all'utilizzo delle fonti di informazione e di comunicazione disponibili.	Lavora in forte integrazione con le reti socio-sanitarie avvalenza sanitaria e con le risorse della comunità e gli altri professionisti sanitari	A	0%
Legenda: P= presente nell'articolo A= non presente nell'articolo %= frequenza con la quale sono presenti, all'intorno della totalità degli articoli presi in considerazione, gli interventi descritti nella tabella						

Allegato n.5: Population Health Promotion model

Modelli organizzativi nazionali ed internazionali di assistenza	Bisogni da soddisfare dell'assistito	Alterazioni funzionali in un assistito con Scenpso Cardiaco	Funzioni/Attività del IFoC FNOPI	Funzioni/Attività del IFoC DM77	Phillips, 1997	%
<p>Population Health Promotion (PHP) Questo modello identifica come l'approccio alla salute della popolazione può essere implementato attraverso l'azione sull'intera gamma dei determinanti della salute attraverso strategie di promozione della salute. Il modello è costituito da tre componenti principali: 1. Determinanti sociali della salute 2. Strategie d'azione globali 3. Livelli di azione</p>	<p>ADL: Fare il bagno; Vestirsi. Toilette; Spostarsi; Continenza di feci e urine; Alimentazione.</p>	<p>Promozione della salute Dieta: evitare eccessiva assunzione di liquidi, monitorare il peso corporeo ogni giorno, consumo di sale < a 5g die, astensione alcolica Stile di vita: astensione al fumo o ad altre sostanze per uso ricreativo Esercizio fisico: eseguire esercizi regolari e moderati per 30 minuti 3 volte alla settimana. Vaccinazione: sottoporsi a vaccinazione contro l'influenza, il pneumococco ed il SARS-CoV-2.</p>	<p>Interventi di promozione di stili di vita e comportamenti salutarì dell'individuo e della famiglia anche in relazione alla cura di eventuali patologie già in atto</p>	<p>Collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce di età</p>	P	100%
		<p>Prevenzione DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Rischio di sindrome da immobilizzazione, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Rischio di integrità tissutale compromessa, Rischio di gestione della salute inefficace</p>	<p>Letture e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto</p>	<p>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 e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge.</p>		
		<p>Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali soluzioni migliorative utilizzando modelli scientifici Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone attraverso scale validate in utilizzo nel contesto italiano</p>	<p>Svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva</p> <p>Contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche</p>	P		

			Monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale e del livello di complessità assistenziale 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 Medici di Medicina Generale e con gli altri professionisti coinvolti.			
			Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di Medicina Generale	Valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver		
			Adozione di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali.			
		Cura/Trattamento DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Intolleranza all'attività, Nutrizione inferiore al fabbisogno, Sindrome da deficit della cura di se, Ansia, Paura. COMPLICANZE POTENZIALI: Edema Polmonare, Ipossia, Aritmie, Shock cardiogeno, Trombosi venosa profonda, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Perfusione tissutale periferica inefficace, Insufficienza renale, Insufficienza epatica.	<p>Coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale</p> <p>Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.</p> <p>Facilitazione delle dimissioni precoci in stretta sinergia con il MMG, il PLS e gli altri specialisti.</p> <p>Attivazione di consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali.</p> <p>Interventi diretti sulla base delle competenze clinico assistenziali specifiche e dell'expertise maturato.</p>	Favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita	P	100%
		Riabilitazione	Attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e per evitare la frammentazione delle cure	Utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.	A	0%
		Palliazione Gestione del dolore, della sintomatologia e accompagnamento nel fine vita a domicilio.	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.	Lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie avalenza sanitaria e con le risorse della comunità e gli altri professionisti sanitari	A	0%
	IADL: Usare il telefono, Fare la spesa, Preparare il cibo,	Promozione della salute Dieta: evitare eccessiva assunzione di liquidi, monitorare il peso corporeo ogni giorno, consumo di sale < a 5g	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	Collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce di età	P	100%

	<p>Governo della casa, Fare il bucato, Mezzi di trasporto, Assunzione farmaci, Uso del denaro.</p>	<p>die, astensione alcolica Stile di vita: astensione al fumo o ad altre sostanze per uso ricreativo Esercizio fisico: eseguire esercizi regolari e moderati per 30 minuti 3 volte alla settimana. Vaccinazione: sottoporsi a vaccinazione contro l'influenza, il pneumococco ed il SARS-CoV-2.</p>		<p>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 e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge.</p>		
			<p>Lettura e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto</p>	<p>Svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva</p>		
	<p>Prevenzione DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Rischio di sindrome da immobilizzazione, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Rischio di integrità tissutale compromessa, Rischio di gestione della salute inefficace</p>	<p>Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali soluzioni migliorative utilizzando modelli scientifici</p>	<p>Contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche</p>	<p>P</p>	<p>100%</p>	
		<p>Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone attraverso scale validate in utilizzo nel contesto italiano</p>				
		<p>Monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale e del livello di complessità assistenziale 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 Medici di Medicina Generale e con gli altri professionisti coinvolti.</p>				
		<p>Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di Medicina Generale</p>				
	<p>Adozione di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali.</p>	<p>Valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver</p>				

		Cura/Trattamento DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Intolleranza all'attività, Nutrizione inferiore al fabbisogno, Sindrome da deficit della cura di se, Ansia, Paura. COMPLICANZE POTENZIALI: Edema Polmonare, Ipossia, Aritmie, Shock cardiogeno, Trombosi venosa profonda, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Perfusione tissutale periferica inefficace, Insufficienza renale, Insufficienza epatica.	Coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management. Facilitazione delle dimissioni precoci in stretta sinergia con il MMG, il PLS e gli altri specialisti. Attivazione di consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali. Interventi diretti sulla base delle competenze clinico assistenziali specifiche e dell'expertise maturato.	Favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita	A	0%
		Riabilitazione	Attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e per evitare la frammentazione delle cure	Utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.	A	0%
		Palliazione Gestione del dolore, della sintomatologia e accompagnamento nel fine vita a domicilio.	Valutazione del bisogno di orientamento rispetto ai servizi socio-sanitari esistenti, ai percorsi necessari per la loro attivazione e all'utilizzo delle fonti di informazione e di comunicazione disponibili.	Lavora in forte integrazione con le reti socio-sanitarie avalenza sanitaria e con le risorse della comunità e gli altri professionisti sanitari	A	0%
	AADL: Praticare attività ricreative, Socializzare, Svolgere attività produttive.	Promozione della salute Dieta: evitare eccessiva assunzione di liquidi, monitorare il peso corporeo ogni giorno, consumo di sale < a 5g die, astensione alcolica Stile di vita: astensione al fumo o ad altre sostanze per uso ricreativo Esercizio fisico: eseguire esercizi regolari e moderati per 30 minuti 3 volte alla settimana. Vaccinazione: sottoporsi a vaccinazione contro l'influenza, il pneumococco ed il SARS-CoV-2.	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	Collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce di età 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 e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge.	P	100%
			Lettura e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto	Svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva		

		Prevenzione DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Rischio di sindrome da immobilizzazione, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Rischio di integrità tissutale compromessa, Rischio di gestione della salute inefficace	Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali soluzioni migliorative utilizzando modelli scientifici	Contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche	P	100%
			Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone attraverso scale validate in utilizzo nel contesto italiano			
			Monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale e del livello di complessità assistenziale 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 Medici di Medicina Generale e con gli altri professionisti coinvolti.			
			Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di Medicina Generale			
			Adozione di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali.			
		Cura/Trattamento DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: Intolleranza all'attività, Nutrizione inferiore al fabbisogno, Sindrome da deficit della cura di se, Ansia, Paura. COMPLICANZE POTENZIALI: Edema Polmonare, Ipossia, Aritmie, Shock cardiogeno, Trombosi venosa profonda, Rischio di eccesso di volume di liquidi, Perfusione tissutale periferica inefficace, Insufficienza renale, Insufficienza epatica.	Coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale	Favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita	A	0%
			Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.			
			Facilitazione delle dimissioni precoci in stretta sinergia con il MMG, il PLS e gli altri specialisti.			
			Attivazione di consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali.			
			Interventi diretti sulla base delle competenze clinico assistenziali specifiche e dell'expertise maturato.			
Riabilitazione	Attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e per evitare la frammentazione delle cure	Utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.	A	0%		

		Palliazione Gestione del dolore, della sintomatologia e accompagnamento nel fine vita a domicilio.	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.	Lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie avalenza sanitaria e con le risorse della comunita' e gli altri professionisti sanitari	A	0%
Legenda: P= presente nell'articolo A= non presente nell'articolo %= frequenza con la quale sono presenti, all'intorno della totalità degli articoli presi in considerazione, gli interventi descritti nella tabella						