

**Percorso di formazione complementare regionale per lo sviluppo delle competenze avanzate dell'Infermiere nella continuità delle cure****Premessa**

Nel contesto attuale in cui prevalgono patologie croniche e multimorbidità, il Sistema Sanitario Regionale deve essere in grado di aiutare le persone a raggiungere e mantenere il massimo grado di funzionalità possibile in relazione al proprio stato di salute.

Il PSSR 2019-2023 raccomanda lo sviluppo di nuovi modelli assistenziali di presa in carico della cronicità, fondati sulla multi-professionalità che consenta la gestione dei problemi di salute con strumenti organizzativi e professionali proporzionati alla complessità multidimensionale dei bisogni, in grado di superare l'erogazione di prestazioni occasionali, frammentate o duplicate.

Il modello regionale di presa in carico della cronicità e della multimorbidità si fonda sul concetto di intensità di cura e di assistenza, mutuandolo dall'ambito ospedaliero, distinguendo due livelli di complessità: la cronicità "semplice", che viene appropriatamente presa in carico dai team multiprofessionali dell'Assistenza primaria e la cronicità "complessa ed avanzata", che richiede team multiprofessionali specialistici dedicati.

La cronicità complessa ed avanzata richiede frequentemente la connessione fra i vari ambiti assistenziali e trova nella Centrale Operativa Territoriale (COT) una risposta operativa per il coordinamento del percorso di cura ed assistenza, definito secondo i criteri della valutazione multidimensionale, che riconosce nella Unità valutativa multi-dimensionale (UVMD) un efficace strumento per la pianificazione dell'assistenza dei malati con maggiore complessità.

Obiettivo strategico indicato nel PSSR 2019-23 è la definizione di una filiera dell'assistenza in grado di garantire le transizioni tra luoghi e/o livelli assistenziali differenti, attraverso nuove formule organizzative multispecialistiche a supporto, in particolare, delle dimissioni verso il domicilio o le strutture sociosanitarie, le strutture di ricovero intermedie e/o le ammissioni verso l'ospedale.

Il passaggio da un setting assistenziale ad un altro deve essere gestito in modo omogeneo su tutto il territorio regionale con procedure formalizzate che definiscano le modalità di transizione tra luoghi di cura diversi e/o livelli assistenziali differenti, attraverso nuove formule organizzative multispecialistiche a supporto, in particolare, delle dimissioni verso il domicilio o le strutture sociosanitarie, le strutture di ricovero intermedie e/o le ammissioni verso l'ospedale.

Il Distretto socio sanitario è l'articolazione dell'Azienda ULSS deputata al perseguimento dell'integrazione tra i diversi servizi e le diverse strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.

Per declinare la presa in carico agli specifici bisogni della persona, non solo dal punto di vista clinico ma anche degli effettivi potenziali di sviluppo, dev'essere definito un piano integrato di cura condiviso dal team, dal paziente e/o suo familiare/caregiver, parte integrante del Fascicolo Sanitario Elettronico e, quindi, consultabile da tutti gli attori della filiera assistenziale.

Al fine di sviluppare competenze esperte per favorire la presa in carico del paziente complesso e garantire le transizioni da un setting assistenziale ad un altro, si rende necessaria la formazione teorico-pratica del personale dedicato.

1. Scopo del corso

Scopo del corso è sviluppare competenze avanzate nella continuità delle cure in infermieri appositamente selezionati tra i dipendenti delle aziende sanitarie che prestano servizio in assistenza domiciliare; tali professionisti saranno in grado di intervenire nel processo di transizione di assistiti con elevata complessità assistenziale, tra ospedale e territorio e viceversa, in cui sia necessaria una specifica personalizzazione per



garantire la continuità delle cure; la complessità assistenziale può essere anche correlata a quella clinica e/o sociale.

2. Destinatari

Il percorso di formazione complementare regionale per lo "Sviluppo delle competenze avanzate dell'Infermiere nella continuità delle cure" è rivolto a n. 25 infermieri per edizione.

Al fine di facilitare l'impiego della nuova modalità di gestione dei processi di transizione di assistiti ad elevata complessità assistenziale potrà partecipare al corso, in qualità di uditore, anche un responsabile infermieristico individuato dalla Direzione delle Professioni Sanitarie.

3. Requisiti dei partecipanti

Sono ammessi al percorso formativo operatori professionali collaboratori - infermiere, cat. D e Ds, che svolgono attualmente servizio in assistenza domiciliare, con almeno 3 anni di attività professionale nello stesso ambito negli ultimi 5.

4. Ammissione al corso

A seguito di bando regionale definito con successivo Decreto del Direttore di Area Sanità e sociale, le Aziende ULSS selezioneranno, tra i propri dipendenti in possesso dei requisiti previsti, i candidati ammissibili al corso.

5. Durata e articolazione del percorso formativo

Il programma prevede la partecipazione residenziale ai nove moduli teorici della durata di 50 ore e la frequenza di una parte pratica presso la propria azienda sanitaria della durata di 250 ore (per complessive 300 ore). La parte teorica del corso sarà accreditata ai fini dell'acquisizione dei crediti ECM; almeno il 50% delle attività teoriche deve utilizzare metodiche didattiche interattive.

6. Frequenza delle attività formative e valutazione dell'apprendimento

Per l'ammissione alla prova di valutazione finale è richiesta ai partecipanti la frequenza di almeno il 90% delle ore previste nella parte teorica e il 100% nella parte pratica e valutazioni positive in entrambe le parti. Per l'ammissione alla parte pratica è necessaria la valutazione positiva in tutti i moduli di teoria, tale valutazione è valida anche ai fini dell'acquisizione dei crediti ECM.

La parte pratica si svolge presso la propria azienda e consiste nella gestione del processo di transizione di assistiti con elevata complessità assistenziale in cui sia necessaria una specifica personalizzazione per garantire la continuità delle cure; la valutazione della parte pratica è responsabilità della Direzione delle Professioni Sanitarie.

Non sono ammessi a sostenere la prova di valutazione finale coloro i quali, anche per giustificati motivi, non abbiano concluso l'intero percorso formativo.

Data la peculiarità del percorso formativo, nei casi in cui per gravi e/o giustificati motivi la frequenza venga interrotta, è consentita l'iscrizione in sovrannumero all'edizione successiva del corso, qualora attivata.

7. Costi e facilitazioni per i partecipanti

L'iscrizione al corso è gratuita e i corsisti partecipano al corso in orario di servizio.

8. Prova di valutazione finale

La prova di valutazione finale consiste in una prova scritta e nella discussione di casi trattati.

L'ammissione alla prova di valutazione non può prescindere dalle condizioni previste al precedente punto 6.

La Commissione di valutazione finale è nominata dal Direttore del corso, ed è così formata:

Il direttore del corso/vicedirettore

PRESIDENTE



6c116abb



Due docenti di cui uno per l'area infermieristica

COMPONENTI

Un rappresentante della Regione del Veneto

COMPONENTE

Per l'espletamento delle proprie attività la commissione si avvale di un segretario, individuato tra il personale della Fondazione Scuola di sanità Pubblica.

L'attestato di competenza avanzata, redatto secondo il fac-simile di cui all'allegato A1, sarà rilasciato dopo il superamento della prova di valutazione finale con valutazione maggiore o uguale all'80% del punteggio previsto. Nel caso di non raggiungimento del livello minimo di performance (80% del punteggio previsto) verrà rilasciato un attestato di partecipazione al corso.

Ai partecipanti saranno rilasciati anche un attestato di partecipazione alla parte teorica con crediti ECM.

9. Valutazione della qualità formativa

Al termine di ogni modulo teorico sarà somministrato un questionario di gradimento per singolo docente e al termine del percorso formativo un questionario di gradimento complessivo del corso.



6c116abb



Profilo di competenza avanzata dell'infermiere esperto nella continuità delle cure**Definizione di infermiere esperto nella continuità delle cure**

L'infermiere esperto nella continuità delle cure, è un professionista dipendente delle aziende sanitarie, formato mediante un corso di formazione complementare regionale, a cui è stato attribuito un incarico di funzione professionale, in grado di intervenire nel processo di transizione di assistiti con elevata complessità assistenziale, anche correlata a quella clinica e/o sociale, tra ospedale e territorio e viceversa, in cui sia necessaria una specifica personalizzazione per garantire la continuità delle cure.

L'infermiere esperto nella continuità delle cure conosce le risorse attivabili a livello di ciascun bacino territoriale; è caratterizzato da un'elevata capacità di lavorare in contesti multidisciplinari e costruire reti multi-professionali efficaci, allo scopo di promuovere il benessere dell'assistito. È in grado di individuare i bisogni socio-assistenziali e sanitari della persona con elevata complessità assistenziale secondo un approccio multidimensionale, contribuendo a valutare la coerenza tra il setting proposto e i bisogni rilevati e concorrendo all'appropriatezza delle transizioni.

Popolazione di riferimento/ambito d'intervento

Assistiti, in carico al SSR, con elevata complessità assistenziale anche correlata a quella clinica e/o sociale per i quali sia necessaria una specifica personalizzazione del processo di transizione per garantire la continuità delle cure.

Competenze

L'infermiere esperto nella continuità delle cure sarà in grado di:

- realizzare la valutazione di assistiti con elevata complessità assistenziale con il personale sanitario ospedaliero/distrettuale e MMG al fine di concorrere a valutare la coerenza tra il setting proposto e i bisogni rilevati, contribuendo all'appropriatezza della transizione;
- progettare in sinergia con lo staff che ha in carico l'assistito il piano di transizione valutandone la fattibilità, in termini di risorse del sistema, e sostenibilità nel tempo, al fine di concordare la data di ammissione al nuovo setting;
- orientare assistiti e curanti all'impiego appropriato delle risorse disponibili nel territorio;
- impiegare sistemi informativi utili sia nella programmazione e verifica degli interventi sia nell'integrazione e comunicazione dei setting assistenziali;
- utilizzare strumenti e tecniche di comunicazione efficaci;
- costruire relazioni multi-professionali finalizzate a garantire la continuità delle cure;
- ricercare e utilizzare evidenze di letteratura utili all'aggiornamento delle proprie competenze.

Afferenza

L'infermiere esperto nella continuità delle cure è afferente alla UO Cure Primarie ed opera all'interno delle cure domiciliari, con collegamenti funzionali con le altre strutture distrettuali (es. UOC Cure Palliative, UO Disabilità e non autosufficienza, ecc.).



6c116abb



Programma del percorso di formazione complementare regionale per lo sviluppo delle competenze avanzate dell'Infermiere nella continuità delle cure

MODULI FORMATIVI		CONTENUTI	DURATA
I MODULO	Caratteristiche del paziente con elevata complessità assistenziale	La complessità assistenziale Indicatori di appropriatezza nelle transizioni	5 ore
II MODULO	Il contesto socio- sanitario e la rete di servizi territoriali	La rete dei servizi territoriali- Distretto, cure Primarie, COT, Strutture Intermedie Strutture residenziali ADI.	5 ore
III MODULO	Strumenti per garantire l'appropriatezza delle cure e la personalizzazione: PDTA e PAI	PDTA: strumento per la gestione di casistica complessa PDTA regionali Il PAI: strumento per la personalizzazione	5 ore
IV MODULO	Strumenti e metodi di assessment per gestire la transizione. Il Fascicolo Sanitario Elettronico	Assessment socio-sanitario e strumenti a supporto della scelta del setting di ammissione . Il Fascicolo Sanitario Elettronico	5 ore
V MODULO	Progettazione della transizione	Strumenti e metodi per la pianificazione della transizione	5 ore
VI MODULO	Team Work	Il lavoro in equipe sul territorio: il sistema delle relazioni tra gli attori del processo assistenziale	5 ore
VII MODULO	La relazione d'aiuto nell'accompagnamento alla transizione	Reazioni psicologiche al cambiamento La relazione con assistiti e caregiver nelle fasi di cambiamento Strategie relazionali per facilitare l'accettazione del cambiamento	7,5 ore
VIII MODULO	La trasmissione delle informazioni socio-sanitarie	La continuità delle cure-il trasferimento delle informazioni, strumenti e metodi	5 ore
IX MODULO	Mantenimento delle competenze professionali	Riconoscimento del fabbisogno formativo. Banche dati per la ricerca di evidenze Esercitazioni su banche dati Lettura critica di fonti secondarie Strategie di implementazione delle evidenze e comunità di pratica	7,5 ore
TOTALE ORE TEORIA			50 ore
PRATICA		Collaborazione nella gestione del processo di transizione di assistiti con elevata complessità assistenziale in cui sia necessaria una specifica personalizzazione per garantire la continuità delle cure	250 ore



6c116abb

