

REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE – TRAPANI U.O.S. FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE ED ECM

"Gestione delle cronicità prevalenti in struttura ed al domicilio secondo il modello IFeC"

Cittadella della Salute – Erice (TP)

I Edizione 21 ottobre 2026

II Edizione 22 ottobre 2026

Responsabile Scientifico

Dott. Giovanni Barone

*Dirigente Professioni Sanitarie Infermieristiche -Area
Territoriale ASP Trapani*

Obiettivo ECM

Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale (8)

Razionale del Corso

L'incremento delle patologie croniche non trasmissibili e la crescente complessità dei bisogni assistenziali richiedono un modello di cura sempre più orientato alla proattività, alla prossimità, alla continuità assistenziale e alla presa in carico integrata della persona.

Il DM 77/2022 ha delineato un nuovo modello di assistenza territoriale di tutto il personale infermieristico, già operante nelle precedenti strutture assistenziali territoriali ed oggi chiamato per garantire l'assistenza nelle Case di Comunità, Ospedali di Comunità, COT, al domicilio, secondo il modello assistenziale dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC).

L'IFeC assume un ruolo centrale nell'intercettazione dei bisogni, nella presa in carico, nel monitoraggio e nell'educazione della persona e della famiglia. Ne deriva che la gestione delle principali patologie croniche – quali diabete, scompenso cardiaco, BPCO e malattia renale cronica – richiede un approccio multidisciplinare, fondato sulla collaborazione tra IFeC, Medico di Medicina Generale e Medici Specialisti (Territoriali ed Ospedalieri), in particolare diabetologo, cardiologo, pneumologo e nefrologo.

In questo contesto, la conoscenza degli applicativi informatici rappresenta lo strumento strategico per garantire continuità delle cure, valutazione, monitoraggio a distanza e tempestiva identificazione delle condizioni di instabilità.

Il corso nasce pertanto dall'esigenza di rafforzare le competenze degli infermieri nella gestione integrata della cronicità e di favorire lo sviluppo di percorsi assistenziali condivisi, personalizzati e orientati alla prevenzione delle complicanze e delle riacutizzazioni, in stretta sinergia ed interprofessionalità con tutti gli attori sanitari, tecnici, sociali ed amministrativi del sistema, nonché con il terzo settore.

Obiettivo del Corso

Il corso ha l'obiettivo di sviluppare e consolidare le competenze dell'infermiere nella presa in carico della persona con patologia cronica, secondo il modello dell'assistenza territoriale delineato dal DM 77/2022.

In particolare, il percorso formativo mira a:

- approfondire ruolo, funzioni e responsabilità dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità;
- promuovere lo sviluppo e la sentita necessità di “Comunità di Pratica”;
- sviluppare capacità di valutazione dei bisogni e stratificazione del rischio;
- migliorare la pianificazione e il monitoraggio del percorso assistenziale;
- favorire l'educazione terapeutica, l'autocura e l'aderenza ai trattamenti;
- riconoscere precocemente i segnali di instabilità e riacutizzazione;
- promuovere l'integrazione tra IFeC, MMG, Medici Specialisti (Territoriali ed Ospedalieri), e servizi territoriali;
- approfondire la gestione integrata di diabete, patologie cardiovascolari, respiratorie e renali (in struttura ed al domicilio);
- sviluppare competenze nell'utilizzo degli applicativi informatici;
- rendere l'assistenza quanto più aderente ai pilastri ed obiettivi del governo clinico;
- favorire una presa in carico globale, proattiva e personalizzata della persona e della sua famiglia.

Destinatari

n. 40 per ciascuna edizione, tra Infermieri dei Distretti Sanitari e Coordinatori Infermieristici c/o le UU.OO. Ospedaliere di Medicina, Cardiologia, Ortopedia, Nefrologia, Pronto Soccorso.

Evento accreditato ECM

L'ASP Trapani, in qualità di provider ECM, accredita l'evento al n. 290/12532 con n. 8 crediti formativi per le seguenti professioni:

✓ Infermiere

Per l'attribuzione dei crediti ECM è necessaria la frequenza del 100% delle ore di formazione previste, il superamento della prova di apprendimento e la compilazione della scheda di valutazione Evento/Docenti.

Programma

8.30 – 9.00	Registrazione dei partecipanti Saluti della Direzione Strategica A.S.P. Trapani Saluti del Direttore del Dipartimento di Cure Primarie Saluti del Responsabile della Formazione Introduzione ai lavori del Responsabile Scientifico
9.00 – 10.00	Le competenze avanzate dell'IFeC <i>Dott. Giovanni Barone</i>
10.00 – 12.00	Ruolo dell'IFeC nella presa in carico proattiva, nell'identificazione dei bisogni sanitari espressi e potenziali, nell'Educazione Sanitaria, nell'Educazione Terapeutica, nella promozione dell'autocura, nel Follow-up attivo, nel Monitoraggio e rivalutazione. Role Play <i>Dott. Vincenzo Mancuso</i>
12.00 – 13.00	Il paziente diabetico: IFeC e Diabetologo Contenuti: Diabete mellito come modello di patologia cronica. Monitoraggio glicemico. Tecnologie per il monitoraggio della glicemia. Terapia farmacologica e aderenza. Alimentazione e attività fisica. Prevenzione delle complicanze. Identificazione dei criteri di allerta. Comunicazione IFeC–Diabetologo codificata dal PDTA, Follow-up condiviso.

Possibili applicazioni del telemonitoraggio.

Dott. Giuseppe Giordano

13.00 – 14.00

Scompenso cardiaco e patologia cardiovascolare: IFeC e Cardiologo

Contenuti: La persona con scompenso cardiaco nel territorio. Segni e sintomi di instabilità.

Monitoraggio dispnea, edemi, fatigue, ridotta tolleranza allo sforzo e bilancio idrico. Aderenza terapeutica. Educazione alla gestione della terapia. Alimentazione e stile di vita. Piano di monitoraggio domiciliare. Criteri di allerta ed escalation. Comunicazione strutturata (PDTA) IFeC con Cardiologo e MMG. Telemonitoraggio del paziente cardiologico.

Dott.ssa Amelia Valenti

14.00 – 14.30

Pausa pranzo

14.30 – 15.30

La persona con BPCO nel setting territoriale ed il suo PDTA: bisogni clinici, assistenziali, educativi e sociali

Contenuti: BPCO: sintomi, stato funzionale, autonomia, fragilità, comorbidità, ambiente domiciliare e rete familiare. Definizione del baseline individuale: riconoscere ciò che è abituale per il paziente e identificare precocemente le variazioni clinicamente rilevanti. Monitoraggio dei principali indicatori clinici: dispnea, tosse, espettorato, frequenza respiratoria, saturazione quando prevista dal percorso, frequenza cardiaca, tolleranza allo sforzo e modificazioni dello stato generale. Percorsi di escalation: dalla rilevazione dell'anomalia alla valutazione infermieristica, al contatto con il MMG all'eventuale coinvolgimento dello specialista. Educazione terapeutica e self-management: riconoscimento dei sintomi, gestione della quotidianità, attività fisica, prevenzione dei fattori di rischio e comportamento da adottare in caso di peggioramento. Telemonitoraggio della BPCO: finalità, criteri di appropriatezza, parametri da rilevare, frequenza del monitoraggio e gestione degli alert. Teleassistenza e teleconsulto: ruolo dell'IFeC nel mantenimento del contatto con la persona e nella condivisione strutturata delle informazioni con MMG e pneumologo. Follow-up personalizzato.

Dott. Giuseppe Di Marco

15.30 – 16.30

La persona con Malattia Renale Cronica nel percorso territoriale: integrazione con l'IFeC ed MMG nella presa in carico, monitoraggio, educazione e integrazione

Contenuti: La MRC come problema di salute nel territorio: epidemiologia, cronicità, multimorbidità e impatto sulla qualità di vita. Comprendere e monitorare il percorso della funzione renale: significato clinico dei principali indicatori laboratoristici e della loro evoluzione nel tempo, in relazione al percorso definito dal medico. Gestione della terapia e sicurezza farmacologica: aderenza, politerapia, criticità da intercettare e necessità di confronto con il medico.

Prevenzione della progressione della MRC: controllo dei fattori di rischio, stili di vita, educazione sanitaria e collaborazione con gli altri professionisti. Educazione terapeutica: coinvolgimento dell'IFeC e coinvolgimento attivo della persona e del caregiver nel percorso di cura. Monitoraggio domiciliare: pressione arteriosa, peso corporeo, eventuali edemi, diuresi riferita, sintomi e modificazioni dello stato generale. Telemonitoraggio nella MRC: opportunità, limiti, selezione dei pazienti, parametri monitorabili e gestione delle variazioni rispetto al baseline. Riconoscimento dei segnali di allarme:

identificazione delle situazioni che richiedono un tempestivo confronto con MMG, nefrologo o altri servizi. Follow-up territoriale: pianificazione e personalizzazione dei controlli in funzione del rischio clinico e della complessità assistenziale. Integrazione IFeC–MMG–nefrologo: modalità di comunicazione, condivisione delle informazioni e definizione dei rispettivi ruoli. Teleconsulto specialistico: preparazione del caso da parte dell'IFeC, raccolta dei dati significativi e successiva implementazione del piano concordato con il medico. Continuità assistenziale nelle fasi avanzate della MRC: accompagnamento della persona, informazione, educazione e integrazione con i percorsi specialistici.

Dott.ssa Giovanna Bonanno

16.30 – 17.30

Dalla medicina a distanza “alla presa in carico connessa”. Uso degli applicativi informatici nella gestione delle cronicità in struttura ed al domicilio

Dott. Maurizio Bruno

17.30 – 18.00

Prova d'apprendimento e compilazione schede valutazione evento e docenti