



PRO.M.I.S.

Programma Mattone Internazionale Salute



«CORSO DI FORMAZIONE PRATICO SULL'UTILIZZO DELLO STRUMENTO SUNFRAIL»

23 E 30 GIUGNO 2021

Dott.ssa Parena Ilaria – Infermiera di Famiglia e Comunità Asl3 Genovese



CORSO DI FORMAZIONE PRATICO SULL'UTILIZZO DELLO STRUMENTO SUNFRAIL



- 2016/2018
- Progetto Europeo
- Alta Valtrebbia
- 4 IFeC

- 2019/2022
- Progetto Nazionale
- Alta Valbisagno e Valtrebbia
- 3 IFeC

TERRITORIO

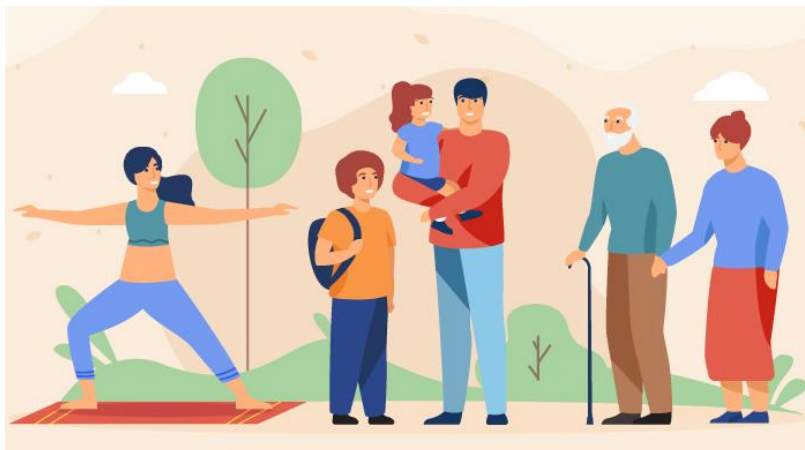
- Estensione: 258,92 km²
- Popolazione: 9601 abitanti
- 11 Comuni
- Densità: da 150/200 ab/km²
Bargagli, Torriglia a 9 ab/km² Alta Valtrebbia.



CORSO DI FORMAZIONE PRATICO SULL'UTILIZZO DELLO STRUMENTO SUNFRAIL



PREVENZIONE E PROATTIVITA'



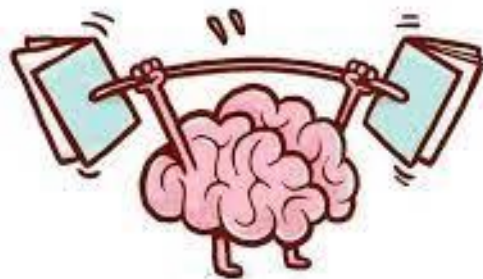
Non solo «venire prima» ma **agire attivamente** essendo consapevoli che, scegliendo la reazione giusta, si possono influenzare e direzionare le circostanze che si stanno vivendo.

AUTONOMIA decisionale e **ATTIVA** verso la propria salute.

CORSO DI FORMAZIONE PRATICO SULL'UTILIZZO DELLO STRUMENTO SUNFRAIL



L'Infermiere di Famiglia e di Comunità **ORGANIZZA** e **PROMUOVE** eventi e attività educazionali gruppali come i **MEMORY TRAINING** e **I GRUPPI di CAMMINO**.



CORSO DI FORMAZIONE PRATICO SULL'UTILIZZO DELLO STRUMENTO SUNFRAIL



LA «PRESA IN CARICO»



CONTATTO



PRIMA VISITA



CORSO DI FORMAZIONE PRATICO SULL'UTILIZZO DELLO STRUMENTO SUNFRAIL



CORSO DI FORMAZIONE PRATICO SULL'UTILIZZO DELLO STRUMENTO SUNFRAIL



Il questionario SUNFRAIL

SUNFRAIL TOOL Q9		
QUESTIONARIO N.		
Data e Luogo		
PROFESSIONISTI/ATTORI		
Data:	<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/> Assistente Sociale <input type="checkbox"/> MMG
Professionista	<input type="checkbox"/> Altro Professionista	<input type="checkbox"/> Attore di Comunità
	<input type="checkbox"/> Caregiver	<input type="checkbox"/> Altra Figura
Nome e Cognome		
Genere	Età	
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> 65-74	
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> 75-85	
Domande		
1. Assume regolarmente 5 o più farmaci al giorno?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
INTERVENTO: <input type="checkbox"/> Invio MMG <input type="checkbox"/> rilevamento parametri/esame fisico <input type="checkbox"/> attivazione servizi Socio/Sanitari <input type="checkbox"/> altro	RISPOSTA UTENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. Nell'ultimo anno ha perso peso involontariamente tanto che i suoi vestiti sono diventati larghi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
INTERVENTO: <input type="checkbox"/> Invio MMG <input type="checkbox"/> rilevamento parametri/esame fisico <input type="checkbox"/> attivazione servizi Socio/Sanitari <input type="checkbox"/> altro	RISPOSTA UTENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. Nel corso dell'ultimo anno la sua condizione fisica l'ha costretta/o a camminare meno?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
INTERVENTO: <input type="checkbox"/> Invio gruppi di cammino <input type="checkbox"/> rilevamento parametri/esame fisico	RISPOSTA UTENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

1. Assume regolarmente più di 5 farmaci al giorno?

2. Nell'ultimo anno ha perso involontariamente peso tanto che i suoi vestiti sono diventati larghi?

3. Nel corso dell'ultimo anno la sua condizione fisica l'ha costretta a camminare meno?

Il questionario SUNFRAIL

<input type="checkbox"/> altro		
4. E' stata/o visitata/o a dal suo medico di famiglia durante l'ultimo anno?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
INTERVENTO: <input type="checkbox"/> invio MMG <input type="checkbox"/> attivazione reti formali/Informali <input type="checkbox"/> altro	RISPOSTA UTENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5. E' caduta/o una o più volte durante l'ultimo anno?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
INTERVENTO: <input type="checkbox"/> invio ai gruppi di cammino/attività fisica <input type="checkbox"/> valutazione ambiente domestico <input type="checkbox"/> attivazione Servizi Socio/Sanitari <input type="checkbox"/> altro	RISPOSTA UTENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6. Ha notato una riduzione della memoria nell'ultimo anno?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
INTERVENTO: <input type="checkbox"/> approfondimento diagnostico; <input type="checkbox"/> invio a specialisti/gruppi memoria; <input type="checkbox"/> altro	RISPOSTA UTENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
7. Si è sentita/o sola/o per la maggior parte del tempo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
INTERVENTO: <input type="checkbox"/> attivazione reti familiari, sociali, aggregative <input type="checkbox"/> attivazione servizi sociali <input type="checkbox"/> altro	RISPOSTA UTENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
8. In caso di bisogno, può contare su qualcuno vicino a lei?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
INTERVENTO: <input type="checkbox"/> attivazione reti familiari, sociali, aggregative <input type="checkbox"/> altro	RISPOSTA UTENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
9. Ha avuto difficoltà economiche ad affrontare le cure dentarie e le spese sanitarie durante l'ultimo anno ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
INTERVENTO: <input type="checkbox"/> attivazione reti familiari <input type="checkbox"/> rilevamento parametri/esame fisico <input type="checkbox"/> attivazione servizi Socio/Sanitari <input type="checkbox"/> altro	RISPOSTA UTENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

4. È stato visto dal medico di famiglia nell'ultimo anno?

5. È caduto una o più volte nell'ultimo anno?

6. Ha notato una riduzione della memoria nell'ultimo anno?

7. Si sente solo per la maggior parte del tempo?

8. In caso di bisogno, può contare su qualcuno vicino a lei?

9. Ha avuto difficoltà economiche ad affrontare le spese sanitarie nell'ultimo anno?

CORSO DI FORMAZIONE PRATICO SULL'UTILIZZO DELLO STRUMENTO SUNFRAIL



Grazie per l'attenzione!

Parena Ilaria – Infermiera di Famiglia e Comunità Asl3 Genovese
Cell. 3336295563 mail. Ilaria.parena@asl3.liguria.it

