



SERVIZI DI INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA O COMUNITÀ

Modello organizzativo e professionale dell'infermieristica di famiglia o comunità

Progettazione della formazione regionale del personale infermieristico del territorio finalizzata a potenziare un approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità



a33653de



INDICE

GLOSSARIO	Pag. 4
PREMESSA	Pag. 7
Parte 1	
Modello organizzativo e professionale dell'infermieristica di famiglia o comunità	
1. RUOLO E FUNZIONI DELL'IFOC	Pag. 8
1.1. Le competenze dell'IFoC	Pag. 9
1.2. Target dell'infermieristica di famiglia o comunità	Pag. 9
2. LA SITUAZIONE ATTUALE	Pag. 13
2.1. Le esperienze esistenti di infermieristica di famiglia o comunità	Pag. 13
3. IL MODELLO PROFESSIONALE E ORGANIZZATIVO IN APPLICAZIONE DEL DM 77/2022	Pag. 16
3.1. Progettazione e integrazione dell'IFoC in unità organizzative	Pag. 17
3.2. Funzioni e responsabilità dell'IFoC	Pag. 17
3.3. Work flow per l'accesso all'assistenza infermieristica di famiglia o comunità	Pag. 18
4. AZIONI A SUPPORTO DEL CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO	Pag. 20
4.1. Il coinvolgimento del terzo settore e del volontariato	Pag. 20
4.2. Indirizzi per il piano di comunicazione e coinvolgimento dei soggetti interessati dal cambiamento organizzativo	Pag. 20
5. IL MONITORAGGIO DEGLI ESITI	Pag. 21
5.1. Indicatori di processo e di esito per il futuro	Pag. 21
5.2. Flussi dati, sistemi di tracciamento da sviluppare	Pag. 22
Parte 2	
Progettazione della formazione regionale del personale infermieristico del territorio finalizzata a potenziare un approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità	
6. IL GOVERNO DELLA TRANSIZIONE DAL MODELLO ORGANIZZATIVO ATTUALE A QUELLO FUTURO	Pag. 23
6.1. Consistenza di potenziali IFoC e fabbisogno di formazione specialistica universitaria	Pag. 23
6.2. Formazione regionale del personale infermieristico del territorio ad un approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità	Pag. 23
6.2.1. Progetto formativo per incaricati di funzione organizzativa e dirigenti delle professioni sanitarie	Pag. 24
6.2.2. Progetto formativo per gli infermieri referenti per la formazione sul campo	Pag. 25
6.2.3. Progetto formativo per gli Infermieri del territorio (IT)	Pag. 26
Appendice 1 Sintesi della normativa di riferimento	Pag. 30



GLOSSARIO

Accertamento infermieristico: raccolta sistematica e intenzionale di dati volta a identificare problemi reali o potenziali di interesse infermieristico, cause e fattori di rischio, di singole persone, famiglie e comunità, secondo modelli di approccio idonei al target di interesse.

Ambulatorio infermieristico: spazio all'interno della casa della comunità finalizzato a:

- gestione integrata della cronicità con presa in carico proattiva (attuata da IFoC e IT);
- attuazione di interventi infermieristici per disturbi non differibili (ad es. codici bianchi);
- attuazione di interventi infermieristici programmabili per assistiti non eleggibili all'ADI.

Sanità di iniziativa: lo scopo della Sanità di Iniziativa è la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica e assistenziale, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il follow-up proattivo anche supportato dagli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina, alla presa in carico globale della multimorbilità¹. L'approccio di iniziativa consente di assegnare servizi non solo a chi chiede ma anche a chi ha il bisogno e non riesce ad esprimerlo².

Assistenza domiciliare integrata (ADI): è una componente delle Cure Domiciliari, consiste in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc... prestati da personale sanitario e socio-sanitario, rivolti a persone non autosufficienti, con condizioni di fragilità, patologie in atto o esiti delle stesse, finalizzati alla stabilizzazione del quadro clinico, a limitare il declino funzionale e a migliorare la qualità della vita. Si articolano in tre livelli a seconda dell'intensità assistenziale.

Centrale ADI: è la sede organizzativa dell'ADI, riceve tutte le richieste di attivazione di interventi domiciliari integrati e di continuità dell'assistenza, svolgendo funzione di supporto, collegamento e coordinamento delle prestazioni sanitarie e degli interventi domiciliari integrati. Funge da raccordo dell'équipe delle cure domiciliari, provvede all'attivazione dei servizi di telemedicina per i pazienti in carico e coordina i piani di lavoro in agende dedicate. Può essere organizzata quale modulo funzionale della COT spoke, comunque in condivisione informativa con la COT hub.

COT hub: un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. Ha il ruolo di coordinamento e gestione delle diverse COT spoke. In particolare opera con funzionamento 24 ore su 24, 7 giorni su 7, garantisce la presa in carico e la decodifica di bisogni complessi anche in relazione a territori di altre Aziende ULSS e/o di altre Regioni. La COT hub aziendale garantisce la presa in carico ed il presidio della funzione di tele monitoraggio.

COT spoke: un modello organizzativo presente almeno in ogni Distretto per la presa in carico globale dei bisogni sanitari, sociosanitari e socioassistenziali delle persone con cronicità complesse e/o fragili insistenti sul territorio di afferenza del distretto della COT.

Cure Domiciliari: servizio a valenza distrettuale rivolto all'erogazione a domicilio di interventi multiprofessionali caratterizzati da un livello di intensità di cure e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza; si articolano in cure domiciliare di base, ADI e cure palliative.

Famiglia: unità base della società, nella quale chi si occupa di assistenza è importante conosca la situazione in cui vivono le persone: casa, lavoro, ambiente fisico e sociale ecc.. variabili che possono avere un peso considerevole nella gestione della malattia³.

Consulenza infermieristica: è l'attività svolta da un infermiere con particolari competenze cui si ricorre per consigli su metodiche e tecniche professionali o per chiarimenti.

¹ DM 23 maggio 2022, n. 77

² L.R. del 28-12-2018, n. 48, Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023.

³ World Health Organization Europe. The family health nurse-context, conceptual framework and curriculum. 2000;(January 2000):54



Empowerment della persona/famiglia: capacità del singolo individuo/famiglia di prendere decisioni e di assumere il controllo della propria vita.

Health literacy: alfabetizzazione sanitaria; si intende la capacità di ottenere, elaborare e capire informazioni sanitarie di base e accedere ai servizi di salute in modo da effettuare scelte consapevoli.⁴ Strategia volta a favorire l'empowerment del cittadino⁵.

Infermiere del territorio (IT): infermiere che opera nei diversi servizi territoriali formato ad un approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità con corso regionale.

Infermiere dell'Assistenza domiciliare integrata: IT che attua assistenza infermieristica domiciliare per pazienti eleggibili all'ADI e alle cure palliative domiciliari. A livello organizzativo le équipe che erogano assistenza infermieristica domiciliare sono composte da IT di cui alcuni specificatamente formati nell'ambito delle cure palliative.

Infermiere dei servizi di infermieristica di famiglia o comunità: IT che attua assistenza infermieristica ambulatoriale o domiciliare a persone eleggibili all'infermieristica di famiglia o comunità.

Infermiere di famiglia o comunità (IFoC): infermiere con formazione accademica specialistica post- base nell'ambito delle cure primarie-sanità pubblica (salute pubblica, cure primarie-domiciliari-territoriali, infermiere di famiglia e comunità), competente nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e della comunità a cui l'azienda attribuisce le funzioni di IFoC. Esercita le funzioni assistenziali con un approccio di iniziativa e di team leader e consulente di tipo professionale nei confronti degli IT che compongono l'équipe.

Infermieristica di famiglia o comunità: articolazione specialistica della disciplina infermieristica il cui presupposto è l'approccio sistemico che interpreta il mantenimento della salute, la malattia e la pianificazione assistenziale come espressione delle interazioni tra il sistema famiglia, i sottoinsiemi individuali dei componenti, e il contesto sociale a cui afferiscono.

Patient Engagement: è il processo attraverso cui il paziente riacquisisce la capacità di mantenere competenze di progettualità identitarie e di ruolo durante l'iter sanitario e la malattia⁶.

Punto Unico di Accesso (PUA): porta di accesso al sistema socio-sanitario con il compito di soddisfare il fabbisogno informativo, avviando una azione di orientamento e accompagnamento all'accesso ai servizi e di presa in carico unitaria della persona non autosufficiente, è uno strumento di facilitazione, che mira a promuovere e sostenere le garanzie di maggiore equità nell'accesso ai servizi e alla presa in carico.

Rete delle Cure palliative: è un modello organizzativo funzionale che consente un'efficace presa in carico e la gestione integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali.

Servizi di Infermieristica di Famiglia o Comunità (SIFoC): servizi obbligatoriamente previsti nelle case della comunità che comprendono IT e IFoC dedicati alla gestione dei bisogni di assistenza correlati alla cronicità e alla fragilità; si rivolgono a persone non eleggibili all'ADI o alla gestione in strutture intermedie/strutture residenziali/setting specialistici o per acuti; il personale è organizzato in équipe sulla base di criteri territoriali.

Teleassistenza: è un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria (infermiere/fisioterapista/logopedista/ecc.) che si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati referti o immagini. Il professionista che svolge l'attività di teleassistenza può anche utilizzare idonee applicazioni informatiche per somministrare questionari, condividere immagini o video tutorial su attività specifiche. Lo scopo della teleassistenza è quello di agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali,

⁴ <https://www.cuore.iss.it/progetti/health-literacy/>

⁵ DGR 29 dicembre 2020, n. 1866 Recepimento dell'intesa concernente il Piano nazionale della prevenzione 2020-2025.

⁶ Graffigna G, Barelli S, Bonanomi A, Lozza E. Measuring patient engagement: development and psychometric properties of the Patient Health Engagement (PHE) Scale. *Front Psychol.* 2015 Mar 27;6:274.



eseguibili prevalentemente a domicilio. La teleassistenza è prevalentemente programmata e ripetibile in base a specifici programmi di accompagnamento al paziente⁷.

Teleconsulenza: è un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico. Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisione e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente. La teleconsulenza può essere svolta in presenza del paziente, oppure in maniera differita. In questa attività è preminente l'interazione diretta tramite la videochiamata, ma è sempre necessario garantire all'occorrenza la possibilità di condividere almeno tutti i dati clinici, i referti le immagini riguardanti il caso specifico. È un'attività su richiesta ma sempre programmata⁸.

Telemedicina: modalità di erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza inclusa in una rete di cure coordinate; è utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Richiede l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

⁷ Decreto del Ministero della salute il 29 aprile 2022 Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare

⁸ Decreto del Ministero della salute il 29 aprile 2022 Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare



PREMESSA

Il presente documento, costituito di due parti, è finalizzato a:

1. definire ruolo e funzioni dell'Infermiere di famiglia o comunità (IFoC) nelle aziende ULSS;
2. delineare il modello organizzativo in cui viene inserito l'IFoC, i rapporti con il personale infermieristico orientato all'infermieristica di famiglia o comunità (d'ora in poi Infermieri del Territorio, IT) e con l'équipe multidisciplinare del territorio;
3. individuare obiettivi e contenuti per la formazione degli infermieri del territorio ad un approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità.

La prima parte del documento relativa al modello organizzativo e professionale dei servizi di infermieristica di famiglia o comunità è stata elaborata dal gruppo di lavoro tematico "Infermiere di famiglia o comunità" individuato con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 50 del 5 maggio 2023, a partire dal confronto e analisi dei risultati in ordine all'attuazione di progetti pilota di IFoC, alla potenziale disponibilità di infermieri con formazione specialistica in ambito di infermieristica di famiglia o comunità e la consultazione di norme e documenti di indirizzo ed esperienze in materia.

La seconda parte del documento descrive la progettazione formativa rivolta agli infermieri operanti nel territorio e quella rivolta agli incaricati di funzione organizzativa, come previsto dalla DGR 43/2023, ai dirigenti delle professioni sanitarie e infermieri referenti della formazione sul campo in relazione all'introduzione del nuovo modello organizzativo e al potenziamento dell'approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità.

Gli obiettivi formativi e i contenuti della formazione sono stati definiti dal Comitato Tecnico Scientifico, individuato con nota prot. n. 432469 del 11 agosto 2023, e mediante confronto con le rappresentanze ordinarie interessate e gli Atenei che formano sul territorio regionale professionisti specialisti in infermieristica di famiglia e comunità.



PARTE 1**MODELLO ORGANIZZATIVO E PROFESSIONALE DELL'INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA O COMUNITÀ****1. RUOLO E FUNZIONI DELL'IFOC**

Il DM 23 maggio 2022, n. 77 descrive l'Infermiere di famiglia o comunità come "la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'IFoC interagisce con tutti gli attori e le risorse, presenti nella comunità, formali e informali. L'IFoC non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute.

È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola⁹.

L'IFoC è coinvolto nella realizzazione di interventi multiprofessionali nei processi di prevenzione e promozione della salute, quale professionista che agisce in modo proattivo, in rete con tutti i servizi socio-sanitari e gli attori sociali del territorio, nel setting di vita della persona.¹⁰

L'IFoC opera sul territorio e modula le sue attività a seconda del contesto organizzativo territoriale in cui è inserito, diffonde e sostiene una cultura di prevenzione e promozione di corretti stili di vita, si attiva per l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro soluzione.

Garantisce presenza continuativa e proattiva nella comunità di riferimento, fornisce prestazioni dirette alle persone assistite, qualora necessarie, e si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio, in modo da rispondere ai diversi bisogni espressi nei contesti urbani e sub-urbani.

Integra la sua attività in una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale in grado di attivare e supportare le risorse di pazienti e caregiver, del volontariato, del privato sociale, e più in generale della comunità e concorre a realizzare la rete del welfare di comunità/generativo.

L'IFoC agisce a livello individuale e familiare favorendo la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso il rafforzamento della sua autonomia decisionale, con un'offerta assistenziale che comprende sia prestazioni assistenziali anche complesse, sia l'individuazione dei bisogni inespressi, allo scopo di guidare gli assistiti nel loro percorso di gestione del processo di salute, favorendo l'emergere dei potenziali di cura dei singoli e delle famiglie.

A livello comunitario svolge azioni rivolte alle comunità, all'interno di una rete di relazioni formali e informali, interagendo con tutte le risorse presenti (volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, iniziative di singoli o famiglie a supporto di persone con difficoltà) e contribuisce a supportare la rete del welfare di comunità. L'IFoC favorisce l'attivazione e l'integrazione tra gli operatori degli ambiti sanitario e sociale e le risorse formali e informali presenti sul territorio¹¹, in un'ottica di presa in carico della persona in maniera olistica, con particolare attenzione alle condizioni di maggiore fragilità (Planetary Health), perseguendo il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali¹².

⁹ DM 23 maggio 2022, n. 77

¹⁰ DGR 29 dicembre 2020, n. 1866 Recepimento dell'intesa concernente il Piano nazionale della prevenzione 2020-2025.

¹¹ DGR 18 gennaio 2023, n. 43

¹² DM 23 maggio 2022, n. 77



Insieme ai MMG e ai professionisti dell'area sociale, riferendosi ai modelli di Population Health Management, Chronic Care Model e Welfare Comunitario, rivolge la sua attenzione alle fasce di popolazione che possono giovare di un intervento precoce, integrato e multiprofessionale¹³.

1.1. Le competenze dell'IFoC

Nelle "Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità ex L. 17 luglio 2020 n. 77" sono state individuate due macro aree di competenze richieste all'IFoC; la prima area di competenze di natura clinico assistenziale e la seconda di tipo comunicativo-relazionale.

L'IFoC deve possedere capacità di lettura dei dati epidemiologici e del sistema-contesto, deve avere un elevato grado di conoscenza del sistema della Rete dei servizi sanitari e sociali per creare connessioni e attivare azioni di integrazione orizzontale e verticale tra servizi e professionisti a favore di una risposta sinergica ed efficace al bisogno dei cittadini della comunità.

L'acquisizione di tali competenze, specifiche e avanzate deve essere perseguita attraverso un percorso di formazione specifico di tipo accademico, anche se parallelamente alla formazione accademica la Conferenza delle Regioni e PA indirizza verso iniziative di formazione aziendale, sulla base di indicazioni regionali, che permettano di realizzare la formazione in tempi brevi, anche con modalità blended e formazione sul campo. Nello stesso documento viene suggerita l'opportunità di riconoscere la formazione ai fini dell'eventuale accesso ai percorsi accademici.¹⁴

Secondo la letteratura internazionale¹⁵ possono essere attivati 2 livelli di formazione accademica post-base: un percorso di laurea magistrale biennale indirizzata all'area cure primarie e sanità pubblica in cui vengono sviluppate competenze avanzate o specialistiche che afferiscono a quattro aree "core": area della pratica clinica, area della leadership e management, area dell'educazione, area della ricerca e consulenza e un percorso di Master finalizzato a competenze specialistiche come l'IFoC¹⁶. A questo livello formativo saranno sviluppate le competenze core quali promozione della salute e educazione, valutazione e presa di decisione, presa in carico e coordinamento di percorsi, comunicazione e relazione interprofessionali; le competenze relative a leadership, ricerca e consulenza verranno applicate e contestualizzate alle competenze core.

1.2. Target dell'infermieristica di famiglia o comunità

La popolazione di interesse per l'infermieristica di famiglia o comunità è rappresentata dall'intera popolazione, adulta e pediatrica, di una determinata porzione di territorio e ambito comunitario (ad es. soggetti anziani, pazienti cronici, comunità di bambini e giovani che frequentano istituti scolastici, persone con non autosufficienza o con disabilità in strutture residenziali, ecc...)¹⁷.

In Veneto al 1 gennaio 2022 la popolazione residente risultava essere pari a 4.854.633; l'andamento della popolazione, crescente fino al 2014, si è stabilizzato negli ultimi anni con le nascite in continua diminuzione e un saldo migratorio (interno e con l'estero) che si mantiene positivo. Con riferimento al contesto socio-economico, l'incidenza delle famiglie che vivono in condizione di povertà relativa (secondo la definizione dell'ISTAT, dati 2021) è del 7,9% rispetto all'11,1% dell'Italia.

¹³ Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità ex L. 17 luglio 2020 n. 77, rep. N. 20/164/CR06b/C7

¹⁴ Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità ex L. 17 luglio 2020 n. 77, rep. N. 20/164/CR06b/C7

¹⁵ Nursing and Midwifery Board <https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Codes-Guidelines-Statements/Codes-Guidelines/Guidelines-on-endorsement-as-a-nurse-practitioner.aspx> (Visitato 19.06.2023)

¹⁶ AA.VV. Infermieristica di famiglia e di comunità; linee di indirizzo della rete dei master delle Università italiane per la formazione degli IFeC. Assist Inferm Ric. 2021 Jul-Sep;40(3):143-148.

¹⁷ FNOPI, Position statement L'infermiere di famiglia e comunità, 2020;

Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità ex L. 17 luglio 2020 n. 77, rep. N. 20/164/CR06b/C7



Va inoltre evidenziato come le persone che vivono da sole, che quindi potrebbero non contare su una rete di supporto familiare, siano circa l'11% della popolazione: sebbene il dato sia inferiore a quello delle altre regioni del Nord, rappresenta comunque un numero rilevante di persone, molte delle quali anche in età avanzata.

Nel recente provvedimento di programmazione dell'assetto organizzativo ed operativo della rete assistenziale territoriale¹⁸, in relazione all'analisi del contesto socio-demografico ed epidemiologico, si definiscono in sostanziale continuità con quanto evidenziato nel passato quinquennio di programmazione, alcune caratteristiche che influenzano il panorama dei bisogni e dell'offerta di servizi attuale e futura: progressivo invecchiamento della popolazione, quota di residenti stranieri che si attesta attorno al 10% del totale dei residenti, con una distribuzione per età più giovane rispetto a quella degli italiani, presenza di un numero rilevante di persone che vivono da sole, molte delle quali in età avanzata.

Secondo gli ultimi dati disponibili¹⁹, riferiti agli anni 2017-18, circa un terzo della popolazione complessiva (34,1%) presenta almeno una malattia cronica; tra essi il 51,1% ha una singola malattia, il 23,2% due patologie croniche compresenti, il 7,5% cinque o più patologie.

Nella popolazione affetta da malattia, la multimorbilità e la cronicità sono le condizioni più frequenti; in particolare, l'11,5% appartiene alla categoria "2-3 problemi di salute, età >34 anni", il 9,1% "Patologia Cronica generale, stabile" ed il 4,5% "Patologia Cronica generale, instabile".

Nella popolazione all'aumentare dell'età si assiste ad un aumento delle condizioni di cronicità e comorbilità; i soggetti con almeno tre patologie rappresentano il 37% della popolazione con età >75 anni (Fig. 1).²⁰

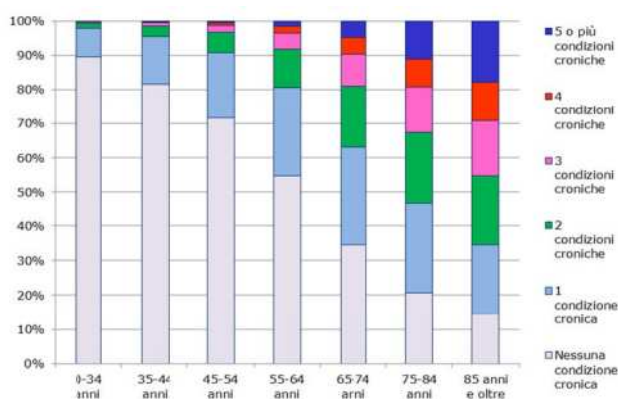


Figura 1 Popolazione per numero di condizioni croniche (tratto da Relazione socio sanitaria della Regione del Veneto 2019)

Viste le caratteristiche epidemiologiche e il profilo demografico regionale, la fascia di popolazione anziana con patologie croniche, risulta essere la popolazione preferenziale per l'infermieristica di famiglia o comunità.²¹

Con riferimento al modello di presa in carico della cronicità e della multimorbilità, fondato sul concetto di intensità di cura e di assistenza, definito nel PSSR 2019-23, in cui si distinguono due livelli di cronicità, "semplice" e "complessa e avanzata" (Figura 2) risulta che la popolazione con cronicità "semplice" è costituita da soggetti, in età adulta e pediatrica, con una singola patologia o condizione non complessa croniche e soggetti

¹⁸ DGR n. 721 del 22 giugno 2023

¹⁹ Azienda Zero – Regione del Veneto UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri. Rapporto epidemiologico sulle malattie croniche in Veneto, dati anno 2019.

²⁰ Azienda Zero – Regione del Veneto UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri. Relazione socio sanitaria della Regione del Veneto 2019 (riferimento anni 2017-18).

²¹ Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità ex L. 17 luglio 2020 n. 77, , rep. N. 20/164/CR06b/C7



con patologie multiple non complesse croniche, appartenenti alle prime due fasce rappresentate nella figura 2, la cui presa in carico è assicurata dai team multiprofessionali dell'assistenza primaria²² (Tabella 1).

La Regione Veneto con due provvedimenti nel periodo pandemico, a seguito delle indicazioni del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, aveva individuato come target dei pazienti dell'infermieristica di famiglia o comunità, sia per gli infermieri operanti presso le forme associative evolute della medicina generale, sia per gli infermieri individuati con progetti pilota a livello distrettuale nelle aziende ULSS, le persone in età adulta con cronicità semplice, precisando che si trattava di pazienti ambulabili e pazienti a domicilio non già presi in carico dall'ADI.²³

Considerato lo standard a tendere di 1 IFoC:3000 abitanti definito nel DM 77/2022, la carenza di ulteriore personale infermieristico da dedicare e i vincoli finanziari, è opportuno indirizzare l'infermieristica di famiglia o comunità, come già indicato nelle Linee di indirizzo della conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, su un target identificato attraverso l'analisi dei dati epidemiologici e sociodemografici, tenendo in considerazione la fragilità come la condizione da identificare precocemente nel modello di stratificazione del bisogno²⁴.

IFoC e IT formati con corso a indirizzo regionale sono i professionisti che facendo parte dei team multiprofessionali dell'assistenza primaria assicurano prioritariamente l'assistenza infermieristica agli assistiti che rispondono ai criteri di eleggibilità di seguito identificati.



Figura 2: Popolazione per IFoC e IT dei SIFoC, in relazione alla presa in carico della cronicità per intensità di cura e di assistenza; (Tratto da Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023)

Per la definizione del target di utenza dell'infermieristica di famiglia o comunità vengono identificati i seguenti criteri di eleggibilità:

criteri di inclusione (almeno uno)

- eleggibilità alla presa in carico con PDTA della cronicità
- non aderenza ai trattamenti
- incapacità all'autocura
- fragilità
- età > 65 anni e fragilità

criteri di esclusione (almeno uno)

- eleggibilità per ADI
- autonomia funzionale non conservata.

²² L.R. del 28-12-2018, n. 48, Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023.

²³ DGR del 16 giugno 2020, n. 782 e DGR del 6 agosto 2020, n. 1103

²⁴ Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità ex L. 17 luglio 2020 n. 77, rep. N. 20/164/CR06b/C7; DGR 18 gennaio 2023, n. 43.



In riferimento al modello di presa in carico della cronicità per intensità di cura e di assistenza delineato nel PSSR 2019-23, relativamente alla cronicità semplice si definiscono due profili di popolazione:

- profilo A - persone con singola patologia cronica o condizione non complessa,
- profilo B - persone con patologie croniche multiple non complesse.

Nella tabella che segue vengono rappresentati il target di utenza per l'infermieristica di famiglia o comunità rivolta a singoli individui e famiglie, gli obiettivi e le principali attività assistenziali e i setting prioritari di presa in cura in cui operano IFoC e IT dei servizi infermieristici di famiglia o comunità (d'ora in poi SIFoC).

TARGET DI UTENZA Bisogni individuali e di famiglia	OBIETTIVI ASSISTENZIALI	ATTIVITÀ ASSISTENZIALI anche in modalità di telemedicina	SETTING PRIORITARIO DI PRESA IN CURA
Persone con profilo A o B con: <ul style="list-style-type: none"> - eleggibilità alla presa in carico con PDTA della cronicità, - non aderenza ai trattamenti, - incapacità all'autocura, - fragilità, - età > 65 anni e fragilità. 	Ritardare l'evoluzione della patologia e le complicanze Autogestione malattia Mantenimento dell'autonomia	Accertamento Presa in cura proattiva Attivazione delle risorse del contesto Monitoraggio Addestramento all'autocura Educazione terapeutica	Ambulatori dei SIFoC nelle Case della comunità Ambulatori infermieristici delle forme organizzative/aggregative della medicina generale Locali messi a disposizione dalle comunità Domicilio

Tabella 1 – Target di utenza per l'infermieristica di famiglia o comunità, obiettivi, attività e setting di presa in cura.

Il target di utenza per ogni Casa della comunità sarà definito attraverso la valutazione del bisogno di salute della popolazione effettuato dal Direttore del Distretto per il tramite dei responsabili delle Cure Primarie e con la collaborazione degli IFoC; in relazione al target individuato il responsabile delle Professioni Sanitarie cui afferisce il personale infermieristico, valutata la complessità assistenziale e i carichi di lavoro, pianificherà l'adeguamento delle risorse (IFoC – IT) e la loro organizzazione.

La popolazione di riferimento, affetta da cronicità semplice verrà individuata mediante il modello di stratificazione del rischio ed identificazione dei bisogni di salute basato sull'utilizzo di dati, scelto da Regione Veneto, a cui si rimanda, come previsto nel DM 77, che favorirà la diffusione di un approccio di iniziativa.

Nelle more della identificazione dello strumento per la stratificazione della popolazione da impiegarsi a livello regionale, ogni azienda potrà avvalersi delle banche dati di impiego corrente, come ad esempio quelle relative alle esenzioni per patologia e alle prescrizioni farmacologiche, procedendo all'estrazione della popolazione rispondente alle caratteristiche di "cronicità semplice".

Mediante l'impiego di ulteriori e successivi strumenti sarà possibile una segmentazione del target che permetta di selezionare gruppi di utenti omogenei e significativi da raggiungere con appositi interventi assistenziali collettivi o individuali.

L'IFoC/IT inoltre valuterà per la presa in cura le segnalazioni di casi provenienti da attori della comunità (associazioni di volontariato, terzo settore, cittadini, servizi sociali, ecc...) attraverso il PUA, o da soggetti della rete socio-sanitaria (MMG e PLS, personale area ospedaliera, IT delle forme organizzative/aggregative della medicina generale, altri servizi, ecc...) attraverso la COT e la centrale ADI, secondo le modalità di accesso definite nel paragrafo 3.3, declinate a livello aziendale.



L'IFoC/IT utilizzerà strumenti di valutazione validati, utili alla identificazione del bisogno sanitario e assistenziale in persone con fragilità, scarsa aderenza ai trattamenti farmacologici, scarso livello di engagement, quali ad esempio Sunfrail Scale²⁵, scala Morisky (MMAS Morisky Medication Adherence Scale)²⁶ e Patient Health Engagement (PHE) Scale²⁷, e scale specifiche per la valutazione della capacità di autocura o di autoefficacia. Per quanto riguarda la valutazione della autonomia funzionale si rimanda alle indicazioni relative all'impiego dell'indice di Barthel²⁸.

Rispetto all'accertamento infermieristico relativo alla famiglia, la letteratura suggerisce l'impiego del modello multidimensionale che prende in considerazione gli aspetti strutturali, di sviluppo e funzionali della famiglia, denominato Calgary Family Assessment Model.²⁹

2. LA SITUAZIONE ATTUALE

Nelle DGR n. 782 del 16/06/2020 e n. 1103 del 06/08/2020 che hanno recepito le disposizioni del DL 19 maggio 2020, n. 34, si definisce l'infermiere di famiglia come il professionista, afferente alla UOC Cure Primarie del distretto di riferimento o presente nelle forme associative della Medicina Generale, che svolge la propria attività presso gli ambulatori distrettuali e il domicilio di pazienti non già presi in carico dall'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), con cronicità semplice e bassa complessità assistenziale, identificandolo come un infermiere diverso da quelli che formano le équipe ADI.

Come disposto dalla DGR n. 1103 del 06/08/2020 le aziende sanitarie, hanno introdotto progressivamente l'infermiere di famiglia mediante progetti pilota, in condivisione con i MMG, dando priorità alle zone geografiche in cui non erano presenti forme evolute di aggregazioni della medicina generale o era necessario potenziare gli studi medici periferici al fine di supportare la capillarità dell'assistenza.

2.1 Le esperienze esistenti di infermieristica di famiglia o comunità

Di seguito sono riportate alcune esperienze pilota relative alla figura dell'IFoC che sono state implementate nel contesto della Regione Veneto. Dalla rilevazione sulle esperienze attuative dei progetti pilota previsti in relazione all'attivazione di IFoC con la DGR 1103/2020 risulta che alcune aziende ne abbiano avviato l'attuazione, a seguire si descrivono in maniera sintetica le caratteristiche principali dei succitati progetti:

AULSS 1 Dolomiti	
Anno di avvio dell'iniziativa	<ul style="list-style-type: none"> 2022
Personale	<ul style="list-style-type: none"> 3 infermieri
Formazione	<ul style="list-style-type: none"> 2 con esperienza di cure domiciliari e formati con corsi ECM e 1 infermiere con master specifico, sono impegnati nell'ambito della presa in carico dell'utenza connotata da indicatori di fragilità formazione sul campo, indirizzata a circa 40 infermieri afferenti ad ADI, Ospedale di Comunità, Unità di Cure Palliative e COT, è stata finalizzata alla individuazione dei criteri per definire la complessità assistenziale e la successiva stratificazione dei target, nonché per la individuazione degli strumenti operativi

²⁵ Maggio M, Barbolini M, Longobucco Y, Barbieri L, Benedetti C, Bono F, Cacciapuoti I, Donatini A, Iezzi E, Papini D, Rodelli PM, Tagliaferri S, Moro ML. A Novel Tool for the Early Identification of Frailty in Elderly People: The Application in Primary Care Settings. *J Frailty Aging*. 2020;9(2):101-106. doi: 10.14283/jfa.2019.41. PMID: 32259184.

²⁶ Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67-74

²⁷ Graffigna G, Barello S, Bonanomi A, Lozza E. Measuring patient engagement: development and psychometric properties of the Patient Health Engagement (PHE) Scale. *Front Psychol*. 2015 Mar 27;6:274. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00274. PMID: 25870566; PMCID: PMC4376060.

²⁸ DGR n. 2961 del 28-12-2012

²⁹ Shajani Z., Snell D. *Infermieristica di famiglia*. 1 Ed. It. Il Pensiero Scientifico Editore. Roma. 2021



Descrizione dell'attività	<ul style="list-style-type: none"> presa in carico proattiva, condivisa con il Medico di Medicina Generale, l'analisi dei bisogni assistenziali, la formulazione del PAI, il supporto proattivo all'autocura attraverso l'educazione terapeutica e alla salute, il monitoraggio degli obiettivi clinico-assistenziali e l'orientamento/raccordo con la rete dei servizi ambito di intervento trasversale nei setting territoriali (ambulatorio, domicilio) di tre aree distrettuali definite, trovando collocazione prevalente nelle sedi distrettuali di prossimità in stretta connessione con MMG e Assistente Sociale di zona
----------------------------------	--

AULSS 3 Serenissima	
Anno di avvio dell'iniziativa	<ul style="list-style-type: none"> 2021
Personale	<ul style="list-style-type: none"> 12 infermieri
Formazione	<ul style="list-style-type: none"> 11 formati con corso aziendale e 1 con master specifico formazione attraverso tre progetti rivolti a focalizzare il modello assistenziale territoriale, gli strumenti operativi e la gestione della cronicità semplice, come formazione sul campo, coinvolgendo circa 60 infermieri
Descrizione dell'attività	<ul style="list-style-type: none"> presa in carico dell'utenza con complessità assistenziale medio-alta, della cronicità e della fragilità sociale con interventi proattivi di educazione terapeutica, promozione alla salute e monitoraggio, nei setting domiciliare, ambulatoriale e comunitario non essendo annoverati aspetti prestazionali di supporto diretto alla persona, le attività escludono utenti allettati (pazienti ADI) o in carico ad altri servizi territoriali (CSM/SERD...).

AULSS 4 Veneto Orientale	
Anno di avvio dell'iniziativa	<ul style="list-style-type: none"> 2021
Personale	<ul style="list-style-type: none"> 2 infermieri
Formazione	<ul style="list-style-type: none"> formazione con corso aziendale la formazione, che ha coinvolto circa 50 partecipanti di diversa qualifica (infermieri, medici, psicologi) è stata focalizzata sulla diffusione della conoscenza dell'infermieristica di famiglia e la definizione del modello assistenziale del team di infermieri di famiglia e comunità.
Descrizione dell'attività	<ul style="list-style-type: none"> interventi nell'ambito della persona in salute sia nella presa in carico di utenza con complessità assistenziale medio-elevata a rischio di fragilità sociale: interventi proattivi di educazione e promozione, sia prestazioni di supporto diretto alla persona, nei setting domiciliare, ambulatoriale e comunitario; prioritariamente seguono ultra 75enni non in carico ad altri servizi, assicurando un collegamento diretto con i servizi sociali e le associazioni di volontariato.

AULSS 5 Polesana	
Anno di avvio dell'iniziativa	<ul style="list-style-type: none"> 2021
Personale	<ul style="list-style-type: none"> 3 infermieri
Formazione	<ul style="list-style-type: none"> 2 formati con corso aziendale e 1 con master specifico la formazione svolta è stata finalizzata alla socializzazione del ruolo e delle competenze avanzate dell'infermiere di famiglia e comunità nella presa in carico della persona con il coinvolgimento di 25 professionisti tra infermieri, medici e psicologi.
Descrizione dell'attività	<ul style="list-style-type: none"> presa in carico dell'utenza con complessità assistenziale medio-alta-elevata. le attività comprendono il supporto proattivo/orientamento e l'educazione terapeutica e alla salute agiscono nel setting domiciliare valutando la natura del bisogno (sanitario o sociale) degli utenti segnalati, definendo la competenza sul caso e confrontandosi con il MMG. Non sono annoverati aspetti prestazionali di supporto diretto alla persona.



AULSS 9 Scaligera	
Anno di avvio dell'iniziativa	<ul style="list-style-type: none">• 2023
Personale	<ul style="list-style-type: none">• 6 infermieri
Formazione	<ul style="list-style-type: none">• 1 con master in coordinamento, 5 con master specifico• formazione aziendale estesa agli Infermieri delle forme associative della medicina generale
Descrizione dell'attività	<ul style="list-style-type: none">• si rivolge all'utenza con cronicità semplice, autosufficiente, età > 65 anni, con patologia cronica rientrante nei 4 PDTA (BPCO, scompenso cardiaco, TAO e diabete), analogamente a quanto già implementato nelle MGI. Presa in carico prioritaria per: utenti non aderenti ai trattamenti, supporto del caregiver assente o inefficace, elevata richiesta di servizi sanitari.• assessment infermieristico, educazione di utente e famiglia finalizzata al recupero e al mantenimento dell'autonomia nella gestione della malattia e di alcune attività di vita quotidiana• coinvolgimento di MMG privi di supporto infermieristico, operanti nei territori delle Case della Comunità in attivazione



3. IL MODELLO PROFESSIONALE E ORGANIZZATIVO IN APPLICAZIONE DEL DM 77/2022

Nell'agosto 2023 è stata condotta una indagine conoscitiva relativa alla consistenza di infermieri in possesso di formazione accademica post base nell'ambito delle cure primarie – sanità pubblica (salute pubblica, cure primarie – domiciliari - territoriali, infermiere di famiglia e comunità) già attivati o potenzialmente attivabili per la funzione di IFoC. Dai risultati riportati nella tabella 2 risulta una notevole disomogeneità nella distribuzione tra le diverse aziende:

Azienda ULSS	Formazione specialistica universitaria acquisita / in corso di acquisizione	Stima di professionisti attivati o attivabili per funzione IFoC
1 Dolomiti	8	5
2 Marca Trevigiana	25	25
3 Serenissima	8	4
4 Veneto Orientale	6	4
5 Polesana	3	3
6 Euganea	10	10
7 Pedemontana	10	10
8 Berica	25	25
9 Scaligera	19	19
	114	105

Tabella 2 Distribuzione di infermieri con formazione accademica post-base in cure primarie e sanità pubblica

Considerati i tempi attuativi del DM 77/2022 e quelli necessari per completare la formazione specialistica universitaria, tenuta in debita considerazione la carenza di personale infermieristico, si avvia l'implementazione di un modello professionale in cui saranno presenti IFoC con formazione specialistica universitaria e infermieri formati ad un "approccio orientato all'infermieristica di famiglia/comunità", attraverso formazione a indirizzo regionale.³⁰

Il modello professionale identificato prevede 1 infermiere-IFoC in possesso di formazione accademica specialistica nell'ambito delle cure primarie-sanità pubblica, circa ogni 15 infermieri-IT orientati all'infermieristica di famiglia/comunità, formati con corso a indirizzo regionale, quindi 1 IFoC:15 IT.

Considerati i setting che si avvalgono delle funzioni dell'IFoC, secondo l'assetto organizzativo e operativo regionale della rete territoriale, si prevede la presenza di 1 IFoC per ogni casa della comunità Hub; si stima un fabbisogno iniziale complessivo di circa 100 infermieri con formazione specialistica universitaria, il restante personale distrettuale, delle COT e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), sarà formato a un "approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità".

A supporto dell'implementazione del modello sono previsti percorsi di formazione dedicati per gli infermieri referenti per la formazione sul campo e coordinatori/incaricati di funzione che operano nel territorio.

Il modello proposto poggia sul presupposto che con la formazione accademica i professionisti sviluppino competenze avanzate o specialistiche che secondo la letteratura internazionale³¹ afferiscono a quattro aree "core": area della pratica clinica, area della leadership e management, area dell'educazione, area della ricerca e consulenza.

L'insieme delle competenze avanzate che connotano i professionisti specialisti IFoC, comporta la possibilità che questi non solo esercitino le stesse nei confronti del target di assistiti, ma possano svolgere una funzione di referente esperto/team leader per gruppi di professionisti (nel nostro caso IT) indirizzando e favorendo il mantenimento dell'approccio proattivo alla salute e la presa in cura dei casi complessi.

³⁰ DGR 18 gennaio 2023, n. 43.

³¹ Nursing and Midwifery Board <https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Codes-Guidelines-Statements/Codes-Guidelines/Guidelines-on-endorsement-as-a-nurse-practitioner.aspx> (Visitato 19.06.2023)



Tale modello professionale trova inoltre rispondenza, ai fini della valorizzazione delle competenze dell'IFoC, nel sistema degli incarichi di funzione previsto nel vigente Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro comparto sanità, che descrive contenuto degli incarichi di funzione professionale: "gli incarichi di funzione professionale, sono caratterizzati, per il ruolo sanitario, da attività con rilevanti contenuti professionali e specialistici, anche di tipo clinico-assistenziali, diagnostici, riabilitativi, di prevenzione con eventuali funzioni di processo, responsabilità di risultato"³².

3.1 Progettazione e integrazione dell'IFoC in unità organizzative

L'IFoC, insieme al personale del comparto dell'area sanitaria e socio-sanitaria che opera nelle Case della comunità e nei Distretti, compresi gli incaricati di funzione organizzativa, afferisce a una unità operativa collocata a livello distrettuale o interdistrettuale sotto la responsabilità di un dirigente delle professioni sanitarie e afferente alla Direzione delle professioni sanitarie. Il personale opera nelle strutture distrettuali con un rapporto funzionale con il Direttore di struttura presso cui opera e con un rapporto di tipo gerarchico con la unità operativa delle professioni sanitarie succitata.

Tale afferenza risponde alla necessità di gestione trasversale del personale finalizzata a garantire livelli omogenei di assistenza nel contesto territoriale e nell'ambito della stessa azienda ULSS, mediante strumenti organizzativi flessibili atti ad assicurare la continuità dell'assistenza, il monitoraggio e l'adeguamento delle competenze professionali ai bisogni della popolazione di riferimento che si rivolge ai diversi servizi distrettuali.

La distribuzione di IT e IFoC nelle case della comunità, la costituzione delle équipes e l'organizzazione dei SIFoC verrà valutata, in sinergia con la Direzione distrettuale, dal dirigente delle professioni sanitarie, considerando la numerosità di IT operanti presso le forme associative della medicina generale che già assicurano la presa in carico della cronicità in relazione ai PDTA regionali e a criteri di territorialità in modo da garantire l'univocità di relazioni tra assistiti e famiglie prese in carico ed équipes di riferimento.

Per quanto attiene alle funzioni organizzative dei singoli SIFoC, la responsabilità è affidata a un infermiere con incarico di funzione organizzativa, anche della tipologia di coordinamento. L'incarico di funzione organizzativa dei SIFoC può includere l'esercizio delle funzioni organizzative anche per altri servizi delle Cure primarie/Distrettuali.

3.2 Funzioni e responsabilità dell'IFoC

L'IFoC svolge le seguenti funzioni e attività rivolte a soggetti diversi, come descritto nella tabella seguente:

Funzioni e responsabilità	Attività	Destinatari
Analizzare contesti famigliari e comunitari	Collaborare all'intercettazione del bisogno di salute	Popolazione di riferimento: persone con cronicità semplice
Promuovere la salute, prevenire le malattie e effettuare la presa in cura proattiva delle persone con fragilità, malattie e disabilità a lungo termine	Contribuire alla programmazione e agire sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce di età, specificatamente nella presa in cura delle condizioni collegate alla cronicità	Target definito secondo indicazioni regionali e aziendali e il modello di stratificazione di popolazione
	Favorire l'accessibilità e l'orientamento ai servizi della persona assistita	Target definito secondo indicazioni regionali e aziendali e il modello di stratificazione di popolazione
	Collaborare all'attuazione della sanità di iniziativa contattando periodicamente gli assistiti, al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e	Target definito secondo indicazioni regionali e aziendali e il modello di stratificazione di popolazione

³² CCNL comparto sanità triennio 2019-21, 2 novembre 2022



	l'evoluzione delle malattie croniche, prevenirne le complicanze, ridurre o gestire il carico assistenziale, prevenire le disabilità e la perdita dell'indipendenza per il singolo e per il caregiver	
	Promuovere il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità	Target definito secondo indicazioni regionali e aziendali e il modello di stratificazione di popolazione
	Organizzare iniziative di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti gli attori sanitari e in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica	Target definito secondo indicazioni regionali e aziendali e il modello di stratificazione di popolazione
Attivare relazioni informative, terapeutiche e di promozione della salute	Promuovere attività di informazione/comunicazione ai singoli e alla comunità, avvalendosi di competenze esperte di linguaggi e modalità di interazione adeguati alla popolazione interessata	Target definito secondo indicazioni regionali e aziendali e il modello di stratificazione di popolazione
	Svolgere attività di counseling infermieristico e contribuire ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva	Target definito secondo indicazioni regionali e aziendali e il modello di stratificazione di popolazione
	Valorizzare e promuovere il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver	Target definito secondo indicazioni regionali e aziendali e il modello di stratificazione di popolazione
Sostenere la continuità assistenziale tra interventi sanitari e sociali, tra ospedale e territorio e nell'ambito dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari residenziali e semiresidenziali	Utilizzare sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza	Target definito secondo indicazioni regionali e aziendali e il modello di stratificazione di popolazione
	Lavorare in forte integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria, con le risorse della comunità	Équipe multiprofessionali Rete sociosanitaria Volontariato e terzo settore
	Collaborare con i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta (delle Unità Complesse di Cure Primarie UCCP e Aggregazioni Funzionali Territoriali AFT) e altri professionisti sanitari coinvolti nei processi di cura a livello territoriale	MMG PLS IT delle forme organizzative/aggregative della medicina generale IT della Casa di Comunità Altri professionisti sanitari e socio-sanitari e operatori socio-sanitari del territorio

Tabella 3 Funzioni e attività dell'IFoC

3.3 Work flow per l'accesso all'assistenza infermieristica di famiglia o comunità

L'assistenza infermieristica di famiglia o comunità viene attuata sul target previsto e secondo le indicazioni del Direttore di Distretto.

L'erogazione dell'assistenza infermieristica di famiglia o comunità può avvenire a seguito di diverse tipologie di attivazione o segnalazione: per approccio di iniziativa, su segnalazione da parte di professionisti appartenenti alla rete socio sanitaria (medici, infermieri, assistenti sociali, altri professionisti...), da parte di attori della comunità, quali associazioni di volontariato, forze dell'ordine, altre autorità, singoli cittadini, altro..., per auto segnalazione oppure come risultanza di una valutazione multidimensionale.



Con particolare riguardo alle dimissioni protette, nel caso venga valutato rischio medio con Scala Brass (punteggio 11-19) o vengano individuate situazioni di fragilità in persone di qualsiasi età, in possesso dei requisiti del target di utenza dell'infermieristica di famiglia o comunità, l'infermiere case manager dell'unità operativa di degenza potrà avvalersi della consulenza dell'IFoC per la definizione dell'ipotesi di progetto assistenziale.

A seconda della modalità di segnalazione/attivazione viene effettuata una prima valutazione di eleggibilità rispetto ai criteri di inclusione ed esclusione previsti, sulla base delle informazioni e dati disponibili; successivamente IFoC e IT dei SIFoC effettuano la valutazione di eleggibilità e conseguente presa in cura mediante accertamento infermieristico mirato anche con l'applicazione di strumenti di misurazione specifici (vedi Tabella 4).

MODALITÀ DI SEGNALAZIONE DEL BISOGNO O ATTIVAZIONE DELLA PRESA IN CURA CON INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA O COMUNITÀ	RICEZIONE DELLA SEGNALAZIONE	PRIMA VALUTAZIONE ELEGGIBILITÀ	VALUTAZIONE PER PRESA IN CURA
Determinato con estrazione dalla popolazione target	===	===	IFoC/IT
Segnalato dalla rete socio sanitaria Transizione da ospedale/servizi specialistici a domicilio	COT	COT spoke	IFoC /IT
Segnalato dalla rete socio sanitaria Transizione da struttura territoriale a domicilio	COT	COT spoke	IFoC /IT
Segnalato dalla rete socio sanitaria da MMG o PLS, altri servizi territoriali	COT	COT spoke	IFoC /IT
Esito di UVMD	PUA	=====	IFoC /IT
Segnalato da attori della comunità	PUA	Back office PUA	IFoC /IT
Segnalato da utente/famigliare/caregiver	Centrale operativa 116117 PUA	Back office PUA	IFoC /IT

Tabella 4 Workflow per l'accesso all'assistenza infermieristica di famiglia o comunità

Nelle varie fasi di assistenza infermieristica di famiglia o comunità (accertamento, pianificazione, attuazione, valutazione) l'IFoC prende in cura direttamente i casi più complessi corrispondenti a bassa aderenza ai trattamenti associati a basso livello di engagement e di empowerment, elevati livelli di fragilità individuale e familiare; gli IT prendono in carico i casi meno complessi, ricorrendo alla consulenza infermieristica (anche per via telematica, con la teleconsulenza³³) dell'IFoC qualora, per una qualsiasi fase del processo di assistenza sia necessario il ricorso a competenze avanzate possedute dall'IFoC.

Le attività assistenziali possono essere erogate da IFoC e IT anche in modalità di teleassistenza.

L'infermiere con incarico di funzione organizzativa provvederà a distribuire utilmente il carico di lavoro tra IFoC e IT considerando che l'IFoC possiede competenze avanzate nell'accertamento infermieristico di famiglia, nell'attuazione di specifici interventi di ingaggio e promozione dell'empowerment della persona e della famiglia finalizzati al raggiungimento del massimo livello di autocura, garantendo una funzionale organizzazione delle diverse aree di attività.

La consulenza infermieristica da parte dell'IFoC può essere richiesta anche dagli IT dell'ADI/Cure Palliative per situazioni particolari per cui venga ritenuto utile il ricorso alle competenze avanzate dell'IFoC.

³³ Decreto del Ministero della salute il 29 aprile 2022 Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare



La COT può avvalersi della consulenza infermieristica dell'IFoC nella valutazione delle persone segnalate potenzialmente eleggibili all'infermieristica di famiglia o comunità e nella gestione di dimissioni protette di utenti fragili.

L'IFoC offre consulenza agli IT delle forme organizzative/aggregative della medicina generale indicando le traiettorie assistenziali e le strategie per gli assistiti/famiglie da questi presi in cura. Parimenti per persone prese in carico da altri servizi del territorio l'IFoC può intervenire con attività di consulenza qualora necessario.

Nell'ambito delle attività programmate devono essere previsti incontri periodici di confronto e discussione dei casi tra IFoC e IT e con i medici di medicina generale/pediatri di libera scelta.

L'IFoC e gli IT dei SIFoC svolgono le funzioni previste e interagiscono con altri professionisti sanitari e socio-sanitari e operatori socio-sanitari, utilizzando gli strumenti informatizzati disponibili (cartella clinica territoriale, PAI, PRI, PEI...), nonché le usuali modalità di integrazione interprofessionale.

Si ritiene che considerato il target prioritario dell'infermieristica di famiglia o comunità, le iniziative in ambito comunitario, pur rientrando nella potenzialità e nelle competenze dell'IFoC, vengano condotte dal personale del Dipartimento di Prevenzione anche in base alle risultanze derivanti dalle iniziative adottate dagli IFoC rispetto al proprio target di utenza. Per particolari iniziative di promozione e prevenzione della salute che richiedano specifiche competenze possono essere coinvolti gli IFoC e gli IT dei SIFoC.

4 AZIONI A SUPPORTO DEL CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO

Allo scopo di accompagnare il cambiamento organizzativo relativo ai servizi infermieristici del territorio si rendono necessarie azioni pianificate e coordinate per la conoscenza diffusa a fruitori e portatori di interesse.

La formazione regionale, dedicata agli infermieri operanti sul territorio, ad un approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità consentirà la socializzazione e diffusione del modello organizzativo tra il personale infermieristico territoriale; al proposito si rimanda alla seconda parte del presente documento.

Inoltre è necessario che ogni azienda provveda alla diffusione della conoscenza delle funzioni dei SIFoC al personale degli ospedali, a quello delle strutture intermedie implicato nel processo di continuità delle cure e al personale del dipartimento di prevenzione impegnato nelle campagne di prevenzione e promozione della salute nell'ambito della cronicità e fragilità.

Di seguito ulteriori iniziative a supporto dell'implementazione del modello di assistenza infermieristica di famiglia o comunità.

4.1 Il coinvolgimento del terzo settore e del volontariato

Il DM 77/2022 prevede la partecipazione della comunità e la valorizzazione della coproduzione attraverso le associazioni di cittadini e volontariato per creare servizi che rispondano ai bisogni percepiti reali o potenziali, ritenuti rilevanti dalla comunità. Il coinvolgimento degli IFoC nel processo di coproduzione con i cittadini può contribuire all'esame dei punti di forza e delle reti della comunità oltre che dei bisogni.

4.2 Indirizzi per il piano di comunicazione e coinvolgimento dei soggetti interessati dal cambiamento organizzativo.

Si propongono alcune attività per favorire l'inserimento dell'IFoC e IT dei SIFoC nel contesto delle cure primarie:

1. promozione delle attività e funzioni svolte dai SIFoC attraverso riunioni, i social e il sito aziendale;
2. realizzazione di materiale informativo;
3. presentazione a:
 - servizi sociali comunali,
 - MMG delle forme organizzative/aggregative della medicina generale collegate alla casa della comunità,
 - farmacie dei servizi del territorio,



- associazioni di volontariato che interagiscono con utenti anziani e fragili.

5. IL MONITORAGGIO DEGLI ESITI

Con l'introduzione dei SIFoC si attendono i risultati sotto riportati, dai quali, in considerazione della tracciabilità/rilevabilità, sono stati elaborati indicatori di processo e di esito:

- miglioramento della qualità di vita delle persone assistite attraverso l'accrescimento dell'autoefficacia, il controllo della propria salute e la conseguente riduzione delle condizioni di rischio;
- intercettazione, su tutta la popolazione, delle persone arruolabili nei PDTA della cronicità (PDTA delle MGI);
- miglioramento dell'aderenza ai PDTA da parte degli assistiti con patologie croniche;
- miglioramento dell'individuazione e del contrasto dei fattori di rischio comportamentali (sedentarietà, scorretta alimentazione, abitudine al fumo, consumo a rischio di alcol);
- riduzione del ricorso al PS da parte degli assistiti dei SIFoC;
- riduzione delle riammissioni in ospedale a 30 giorni da parte degli assistiti presi in cura dai SIFoC;
- miglioramento dei processi di continuità assistenziale tra gli assistiti target dell'infermieristica di famiglia o comunità / caregiver, MMG/PLS e servizi specialistici;
- incremento dell'empowerment della persona assistita e della famiglia;
- incremento della partecipazione dell'utenza ai programmi di screening e alle campagne vaccinali proposte;
- mantenimento al proprio domicilio, attraverso il supporto alla famiglia/caregiver, degli assistiti presi in cura dai SIFoC;
- acquisizione di nuove competenze da parte degli IT attraverso l'implementazione di un modello organizzativo che prevede la consulenza dell'IFoC ed il lavoro in équipe;
- miglioramento dell'integrazione socio-sanitaria e coinvolgimento degli attori dell'ambito comunitario di riferimento.

5.1. Indicatori di processo e di esito per il futuro

Tra gli indicatori di processo si individuano:

- numero di utenti presi in cura dai SIFoC/totale assistiti delle AFT di riferimento;
- numero di famiglie prese in cura dai SIFoC/totale di utenti (con famiglia) presi in cura dai SIFoC;
- numero di accessi di PS degli assistiti, non seguiti da ricovero, prima e dopo la presa in cura da parte dei SIFoC;
- numero di pazienti valutati da IT/IFoC/totale dei pazienti con patologia cronica specifica;
- numero di pazienti inseriti nei PDTA della cronicità/totale dei pazienti con patologia cronica specifica;
- numero di attività di monitoraggio previste nei PDTA eseguite nei tempi previsti.

La valutazione degli esiti dell'infermieristica di famiglia o di comunità dovrebbe focalizzarsi sui risultati sensibili all'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, ad esempio: la qualità di vita, l'abilità di autocura, il cambiamento nei comportamenti legati alla salute e negli stile di vita, l'engagement dell'assistito nel percorso di cura, le cadute, gli esiti riferiti dai pazienti, la qualità di vita dei caregiver e il burden assistenziale.³⁴

Tra gli indicatori di esito si individuano:

- numero di assistiti che presentano un miglioramento della qualità di vita dopo la presa in cura da parte dei SIFoC;

³⁴ Longhini J, Saiani L, Palese A. La complessità della ricerca infermieristica nelle cure primarie: appunti di metodo. Assist Inferm Ric. 2021 Jul-Sep;40(3):175-182.



- numero di assistiti con variazioni delle abilità di autocura dopo la presa in cura da parte dei SIFoC;
- numero di assistiti con variazioni del livello di engagement dopo la presa in cura da parte dei SIFoC;
- numero di assistiti con variazioni del livello di health literacy dopo la presa in cura da parte dei SIFoC;
- numero di caregiver con variazioni del livello di health literacy dopo la presa in cura da parte dei SIFoC.

5.2. Flussi dati, sistemi di tracciamento da sviluppare

È necessario avviare le attività per la definizione delle prestazioni attuate dal personale infermieristico IFoC e IT anche per il conseguente aggiornamento del nomenclatore tariffario.

L'aggiornamento del nomenclatore tariffario consentirà sia l'implementazione di flussi informativi, sia la creazione di agende di prenotazione e l'eventuale definizione della quota di compartecipazione alla spesa.

Da prevedere nell'ambito delle iniziative di informatizzazione della documentazione clinica apposite sezioni dedicate all'attività ambulatoriale.

Da valutare l'istituzione di un flusso informativo sanitario territoriale ad hoc per i pazienti con cronicità semplice.



PARTE 2**PROGETTAZIONE DELLA FORMAZIONE REGIONALE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO DEL TERRITORIO FINALIZZATA A POTENZIARE UN APPROCCIO ORIENTATO ALL'INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA O COMUNITÀ****6. IL GOVERNO DELLA TRANSIZIONE DAL MODELLO ORGANIZZATIVO ATTUALE A QUELLO FUTURO****6.1. Consistenza di potenziali IFoC e fabbisogno di formazione specialistica universitaria**

Considerati i setting che si avvalgono delle funzioni dell'IFoC, secondo l'assetto organizzativo ed operativo regionale della rete territoriale, si stima un fabbisogno iniziale di circa 100 infermieri con formazione specialistica universitaria, di cui dovranno essere dotate le case della comunità hub, il restante personale infermieristico distrettuale, delle COT e delle forme organizzative/aggregative della medicina generale, sarà formato ad un "approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità", da attivarsi con priorità per i coordinatori/incaricati di funzione, dirigenti delle professioni sanitarie e gli infermieri referenti per la parte di formazione sul campo prevista nel corso regionale.

Considerata l'attuale presenza di infermieri in possesso di formazione accademica specifica post base e stimato da parte delle Direzioni delle Professioni sanitarie il possibile impiego in qualità di IFoC (rilevazione agosto 2023) si definisce un fabbisogno iniziale di infermieri con formazione specialistica universitaria pari a circa 30, con riferimento alle Case della Comunità di cui alla DGR 136/2022, con distribuzione come da Tabella 5.

Azienda ULSS	Fabbisogno IFoC	Potenziali IFoC con formazione specialistica universitaria acquisita / in corso di acquisizione	Δ fabbisogno formazione specialistica universitaria
1	4	5	//
2	17	25	//
3	12	4	8
4	5	4	1
5	5	3	2
6	20	10	10
7	8	10	//
8	9	25	//
9	19	19	//

Tabella 5 Stima fabbisogno di formazione specialistica universitaria riferita alle Case della Comunità hub ex DGR 136/2022

Allo scopo di promuovere il buon esito del modello organizzativo dell'infermieristica di famiglia o comunità a livello regionale, una migliore definizione delle competenze attese per l'IFoC e una rappresentazione del fabbisogno futuro di infermieri con formazione accademica specifica post base, sono stati attuati confronti e condivisioni sugli indirizzi generali del progetto con i Direttori dei master in infermieristica di famiglia e comunità degli Atenei veneti.

6.2. Formazione regionale del personale infermieristico del territorio ad un approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità

La formazione si rivolge a tre target distinti di infermieri operanti in ambito territoriale:

- circa 100 infermieri con incarico di funzione organizzativa/coordinamento e dirigenti delle professioni sanitarie;
- circa 115 infermieri referenti per la formazione sul campo;



- circa 1800 infermieri (compresi gli infermieri delle forme organizzative/aggregative della medicina generale).

L'organizzazione e la gestione della formazione sono a cura di Fondazione Scuola di Sanità Pubblica, con il supporto del Comitato Tecnico Scientifico per gli aspetti di merito. La suddivisione dell'impegno orario di ciascun argomento, previsto dai progetti formativi che seguono, sarà definita in fase di micro-progettazione sulla base del confronto con il docente e le metodologie didattiche utilizzate nell'insegnamento.

La formazione si svolgerà in un triennio, a partire dal 2023, secondo il cronoprogramma di seguito rappresentato.

Ulteriori moduli didattici per l'acquisizione di specifiche competenze nell'ambito dell'infermieristica di famiglia o comunità, come previsto dalla DGR 43/2023, oltre quelli definiti nel presente documento, potranno essere organizzati presso le aziende.

	2023	2024		2025		2026	
	II SEM	I SEM	II SEM	I SEM	II SEM	I SEM	II SEM
Formazione incaricati di funzione organizzativa e dirigenti delle professioni sanitarie							
Formazione infermieri referenti FSC							
Formazione infermieri del territorio							

Il riconoscimento dei crediti ECM è vincolato al rispetto dei criteri previsti dalla norme in materia di accreditamento delle attività formative per la formazione continua in sanità.

A conclusione della formazione verrà rilasciato ai discenti con valutazione positiva, a cura di Scuola Fondazione di Sanità Pubblica, l'attestato di "Formazione regionale degli infermieri operanti sul territorio ad un approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità", con specificazione della tipologia di corso. In caso di valutazione negativa dell'apprendimento verrà rilasciato un attestato relativo alle ore di frequenza svolte.

6.2.1 Progetto formativo per incaricati di funzione organizzativa e dirigenti delle professioni sanitarie

Target

Dirigenti delle Professioni Sanitarie dell'area territoriale, incaricati di funzione organizzativa e coordinatori, che operano nei contesti distrettuali, della casa della comunità, ADI e Cure palliative, ambulatori infermieristici territoriali, ambulatori specialistici territoriali della cronicità, COT, PUA, Centrale ADI (circa 100).

Obiettivi formativi

1. Condividere i principi che guidano la riorganizzazione dell'offerta dei servizi territoriali e i principali impatti sul management.
2. Conoscere i servizi di infermieristica di famiglia o comunità secondo il modello professionale e organizzativo nel Veneto.
3. Adattare il ruolo dell'incaricato di funzione organizzativa/coordinatore alla riorganizzazione territoriale e alla gestione del cambiamento.



Modalità di svolgimento

Il corso della durata complessiva di 20 ore si svolgerà: in modalità residenziale in due giornate di 8 ore, 4 ore saranno svolte in modalità FAD sincrona.

MODULI DIDATTICI	CONTENUTI
Introduzione alla riorganizzazione territoriale	Le direttrici della riorganizzazione territoriale nel paese: - Proattività - Prossimità - Attivazione delle risorse della comunità - Differenziazione degli interventi in base alla stratificazione della popolazione
La formazione degli infermieri del territorio per riorientare l'assistenza verso la comunità e la famiglia	Il progetto regionale di formazione territoriale e ruolo dei coordinatori nel facilitare la partecipazione e il trasferimento degli apprendimenti
Modello organizzativo e professionale dell'infermieristica di famiglia o comunità nella Regione del Veneto	Ruolo, competenze e aree di responsabilità dell'IFoC Bisogni e target di utenza dell'infermieristica di famiglia Integrazione dell'IFoC nell'organigramma dei servizi territoriali
La relazione tra l'IFoC e il coordinatore/incaricato di funzione organizzativa	Integrare la competenza clinica dell'IFoC (individuare le fasce di bisogno e di utenti) con la competenza organizzativa dei coordinatori/Incaricati di funzione organizzativa (assegnazione dei casi, distribuzione del carico di lavoro e pianificazione dei processi lavorativi)
Il ruolo del coordinatore come facilitatore dei processi di connessione e transizione dei servizi territoriali	Facilitare l'accesso alle informazioni all'IFoC per permettere connessioni e integrazioni tra i servizi (Connessioni tra SIFoC e COT-ADI-PUA-MMG)
Gestire lo skill mix di competenze presenti sul territorio attraverso la definizione di profili e la loro mappatura	Finalità dei profili di competenza e della mappatura: leva strategica per la gestione appropriata delle risorse umane
Gestire i processi di inserimento dei nuovi professionisti nel territorio	Le competenze specifiche da proporre gradualmente nel piano di inserimento del neoassunto e gestione del colloquio di orientamento e condivisione della filosofia assistenziale dei servizi territoriali
Evidenze di strategie efficaci per promuovere la presa in carico e l'educazione	Strumenti standardizzati per potenziare le attività educative (esempio check-list educative o percorsi predefiniti come i PDTA)
Azioni di riorganizzazione dei servizi attivabili dai coordinatori	Condividere azioni di riorganizzazione dei servizi territoriali nell'ottica approfondita durante le 2 giornate (4 ore FAD sincrona)

6.2.2 Progetto formativo per gli infermieri referenti della formazione sul campo

Target

Infermieri con formazione accademica specifica nell'area delle cure primarie – sanità pubblica (salute pubblica, cure primarie – domiciliari - territoriali, infermiere di famiglia e comunità) conclusa o avviata, che esercitano o potrebbero esercitare la funzione di IFoC (circa 115).

Obiettivi formativi

1. Conoscere i servizi di infermieristica di famiglia o comunità secondo il modello professionale e organizzativo nel Veneto.
2. Conoscere il progetto formativo regionale degli infermieri del territorio per riorientare l'assistenza verso la comunità e la famiglia.
3. Facilitare il riorientamento degli infermieri del territorio ad un approccio alla famiglia o comunità durante le esperienze di formazione sul campo (stage).
4. Attivare tecniche tutoriali per facilitare l'apprendimento dall'esperienza.



Modalità di svolgimento

Il corso della durata di 8 ore si svolgerà in modalità residenziale.

MODULI DIDATTICI	CONTENUTI
Modello organizzativo e professionale dell'infermieristica di famiglia o comunità nella regione del Veneto	Ruolo, competenze e aree di responsabilità dell'IFoC - Bisogni e target di utenza dell'infermieristica di famiglia - Integrazione dell'IFoC nell'organigramma dei servizi territoriali
La formazione degli infermieri del territorio per riorientare l'assistenza verso la comunità e la famiglia	Il progetto regionale di formazione territoriale
La formazione sul campo	Tempi e modalità della formazione sul campo Ruolo del referente nel facilitare l'attivazione di opportunità formative
Project work	Dare supporto e consulenza nella fase di scelta del tema per l'elaborazione del report di conclusione del percorso formativo (Project work)

6.2.3 Progetto formativo per gli Infermieri del territorio (IT)

Target

Sono coinvolti nella formazione gli infermieri con almeno 2 anni di esperienza professionale in ambito territoriale (circa 1800):

- dipendenti a tempo indeterminato, che lavorano primariamente in ADI e Cure palliative, ambulatori infermieristici territoriali, ambulatori specialistici territoriali della cronicità, COT, PUA, Centrale ADI e dei servizi territoriali per le dimissioni protette- continuità delle cure;
- che lavorano presso le forme organizzative/aggregative evolute della medicina generale, sentite le rappresentanze sindacali della Medicina generale.

Modalità di svolgimento

Il percorso formativo, della durata di 220 ore, si articola in due moduli, uno teorico e uno di formazione sul campo, entrambi di 100 ore ciascuno, e nell'elaborazione di un report (project work), per le restanti 20 ore.

Il modulo di formazione teorica viene suddiviso in due parti; una parte trasversale con obiettivi formativi comuni a tutti gli infermieri (circa 1800), e una parte specifica individuata sulla base dei seguenti target di utenza: pazienti con cronicità complessa e avanzata per infermieri operanti in ADI-Cure Palliative e Centrale ADI (circa 1160); pazienti con cronicità semplice per infermieri operanti negli ambulatori infermieristici territoriali, ambulatori specialistici territoriali della cronicità, forme organizzative/aggregative evolute della medicina generale (circa 540).

Il personale delle COT, dei PUA e dei servizi territoriali per le dimissioni protette-continuità delle cure (circa 105) potrà partecipare, oltre che alla parte trasversale comune, a singoli moduli didattici delle parti specifiche succitate, sulla base del bisogno formativo individuale, fino al completamento delle 100 ore.

I moduli di formazione teorica saranno realizzati con modalità FAD sincrona.

Riconoscimento di formazione pregressa

Sono esonerati dalla formazione i professionisti infermieri del territorio in possesso di formazione accademica specifica (come il master specifico nell'area delle cure primarie – sanità pubblica: salute pubblica, cure primarie – domiciliari - territoriali, infermiere di famiglia e comunità).

Non si prevede invece l'esonero per i professionisti che hanno frequentato altri percorsi formativi e conseguito attestati in corsi erogati negli anni pregressi sul tema dell'Infermieristica territoriale/famiglia e di Comunità



attuati dalle singole aziende sanitarie. Tale formazione era prevista dalla DGR n. 1103 del 06/08/2020, per accompagnare con specifici e diversificati eventi di formazione progetti pilota di introduzione progressiva in ogni Distretto della figura dell'infermiere di famiglia.

Le motivazioni derivano dalla considerazione che i contenuti relativi al contesto normativo, epidemiologico, tecnologico e organizzativo sono significativamente mutati e il DM 77 ha introdotto sostanziali modifiche nell'offerta dei servizi territoriali.

PARTE 1 trasversale

Obiettivi formativi

La formazione regionale degli infermieri operanti sul territorio ad un approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità consente al professionista di acquisire e implementare conoscenze e competenze per:

1. adattare i propri interventi per affrontare l'evoluzione dei principi che guidano l'offerta dei servizi territoriali attuale e quella disegnata dai progetti di riforma e riorganizzazione;
2. applicare disposizioni regionali e aziendali per la continuità delle cure, tra ospedale e territorio e nell'ambito dei servizi territoriali;
3. riconoscere e interagire con i servizi di infermieristica di famiglia o comunità secondo il modello professionale e organizzativo nel Veneto;
4. analizzare le potenzialità e le applicazioni della telemedicina nella gestione delle principali patologie croniche;
5. utilizzare strumenti e metodi per l'integrazione intraprofessionale/multiprofessionale dei diversi setting per un modello di presa in carico condiviso;
6. pianificare e attuare interventi di counseling e supporto motivazionale per stimolare l'empowerment e l'autocura;
7. attivare sinergie e collaborazioni nell'area del disagio collegato alla salute mentale e dipendenze.

Durata: 60 ore

MODULI DIDATTICI	CONTENUTI
La riorganizzazione territoriale (DM 77/2022)	Le direttrici della riorganizzazione territoriale nel paese: - Proattività - Prossimità - Attivazione delle risorse della comunità Differenziazione degli interventi in base alla stratificazione della popolazione Unità di offerta e servizi distrettuali (casa della comunità, strutture intermedie, centri servizi per anziani, strutture riabilitative)
La continuità delle cure	Evidenze di ricerca sui modelli di continuità assistenziale e transitional care Disposizioni regionali e risposte organizzative per la continuità delle cure: COT, infermieri di dimissione protetta, centrali ADI, strumenti informatici
Il modello organizzativo e professionale dell'infermieristica di famiglia o comunità nella regione del Veneto	Ruolo, competenze e aree di responsabilità dell'IFoC Bisogni e target di utenza dell'infermieristica di famiglia Integrazione dell'IFoC nell'organigramma dei servizi territoriali
Potenzialità e applicazioni della telemedicina in ambito territoriale	Framework di riferimento per l'introduzione della telemedicina nei singoli percorsi di cura Esperienze di teleassistenza, telemonitoraggio e teleconsulenza
Strumenti e metodi per l'integrazione intraprofessionale e multiprofessionale	Strumenti di integrazione: cartella territoriale/domiciliare, Progetto Assistenziale Individualizzato, Progetto riabilitativo individualizzato, UVMD, teleconsulenza Incontro con le altre professioni: - assistente sociale la valutazione sociale del caso - aree di integrazione con le professioni della riabilitazione: Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica, fisioterapista, educatore, terapeuta occupazionale



L'approccio alle diversità culturali	<ul style="list-style-type: none"> - Fenomeni migratori e prevalenze delle culture e religioni - Rappresentazioni culturali sulla vita, la famiglia, l'educazione, la malattia, la morte - Strategie per costruire l'alleanza terapeutica
Partnership con i caregiver	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione delle risorse della famiglia per il supporto all'autocura Strategie di formazione dei caregiver e di prevenzione del burden Colloquio breve con la famiglia secondo modello Calgary Errori da evitare nella relazione a lungo termine con la famiglia
Counseling e supporto motivazionale per stimolare l'empowerment e l'autocura	<ul style="list-style-type: none"> Piani di azione educativa Valutazione dell'aderenza terapeutica Linee guida OMS sul self-care e self-care nelle patologie croniche Il colloquio motivazionale per favorire le abilità di autocura e l'empowerment
Integrazione con servizi di salute mentale e dipendenze	<ul style="list-style-type: none"> Confronto con esperienze di sensibilizzazione della comunità contro lo stigma verso la malattia mentale e di inserimento sociale e lavorativo di persone con forme di disagio psichico Le varie forme di dipendenza e interventi di prevenzione

Parte specifica: Cronicità complessa e avanzata

Target

Infermieri operanti in ADI, Cure palliative e Centrale ADI (circa 1160)

Obiettivi formativi

1. Valutare la fragilità nell'anziano per pianificare interventi o attivare servizi mirati.
2. Analizzare le diverse manifestazioni dei disturbi cognitivi e comportamentali e i nuovi orientamenti farmacologici.
3. Identificare le più recenti evidenze scientifiche per scegliere le migliori pratiche infermieristiche.
4. Approfondire la peculiarità delle cure palliative simultanee, di base e i criteri di screening per l'attivazione delle cure palliative specialistiche.
5. Valutare e adattare il domicilio e la dotazione di ausili.

Durata: 40 ore

MODULI DIDATTICI	CONTENUTI
Valutazione multidimensionale della fragilità nell'anziano	Indicazioni per la compilazione e l'interpretazione della SVAMA cognitivo-funzionale Valutazione e pianificazione degli interventi dei problemi a maggior frequenza e impatto sulla salute (malnutrizione, disabilità, scale SunFrail..)
Disturbi cognitivi e comportamentali	Disturbi cognitivi e comportamentali: <ul style="list-style-type: none"> - strumenti di assessment - strategie di gestione farmacologiche e non - servizi specialistici
Aggiornamenti di evidence based relativi alle pratiche infermieristiche	<ul style="list-style-type: none"> - Infezioni catetere correlate: educazione alla prevenzione delle infezioni e gestione delle ostruzioni - Peg: triturazione dei farmaci, sostituzione - Medicazioni e gestione degli accessi vascolari: PICC, ipodermoclisi, etc. - Non Invasive Ventilation a domicilio
Cure palliative simultanee e cure palliative di base e specialistiche: assessment e cure infermieristiche	<ul style="list-style-type: none"> - Determinare il bisogno di cure palliative e simultanee nelle patologie croniche considerando la specificità delle diverse traiettorie di malattia - Nuove prospettive farmacologiche nelle patologie croniche - Strategie relazionali per il supporto alla famiglia nel fine vita e la gestione delle reciproche emozioni - Gestione del dolore, dispnea e sintomi
Cure palliative pediatriche	<ul style="list-style-type: none"> - La rete delle cure palliative pediatriche - Aggiornamenti relativi alle pratiche assistenziali nelle cure palliative pediatriche - L'approccio alla famiglia
Sicurezza a domicilio	<ul style="list-style-type: none"> - Accertamento del setting domiciliare per renderlo sicuro e facilitante l'autonomia - Tecniche di Kinestetica per aiutare i familiari a mobilitare in sicurezza l'utente



Parte specifica: Cronicità semplice**Target**

Infermieri operanti negli ambulatori infermieristici territoriali, ambulatori specialistici territoriali della cronicità, forme organizzative/aggregative evolute della medicina generale (circa 540)

Obiettivi formativi:

1. identificare l'utenza target dell'infermieristica di famiglia o comunità;
2. attuare l'assessment della persona con malattia cronica, valutando il supporto della rete di caregiving;
3. pianificare e attuare secondo un approccio proattivo la presa in carico di una persona affetta da patologia cronica, utilizzando metodologie appropriate;
4. pianificare e attuare interventi di counseling e supporto motivazionale per stimolare l'empowerment;
5. applicare interventi assistenziali previsti nei principali PDTA dell'area della cronicità;
6. utilizzare strumenti per la teleassistenza, telemonitoraggio e teleconsulenza;
7. realizzare interventi di tutela della salute nell'ambito delle reti di prossimità, le unità di offerta delle cure primarie e le reti informali.

Durata: 40 ore

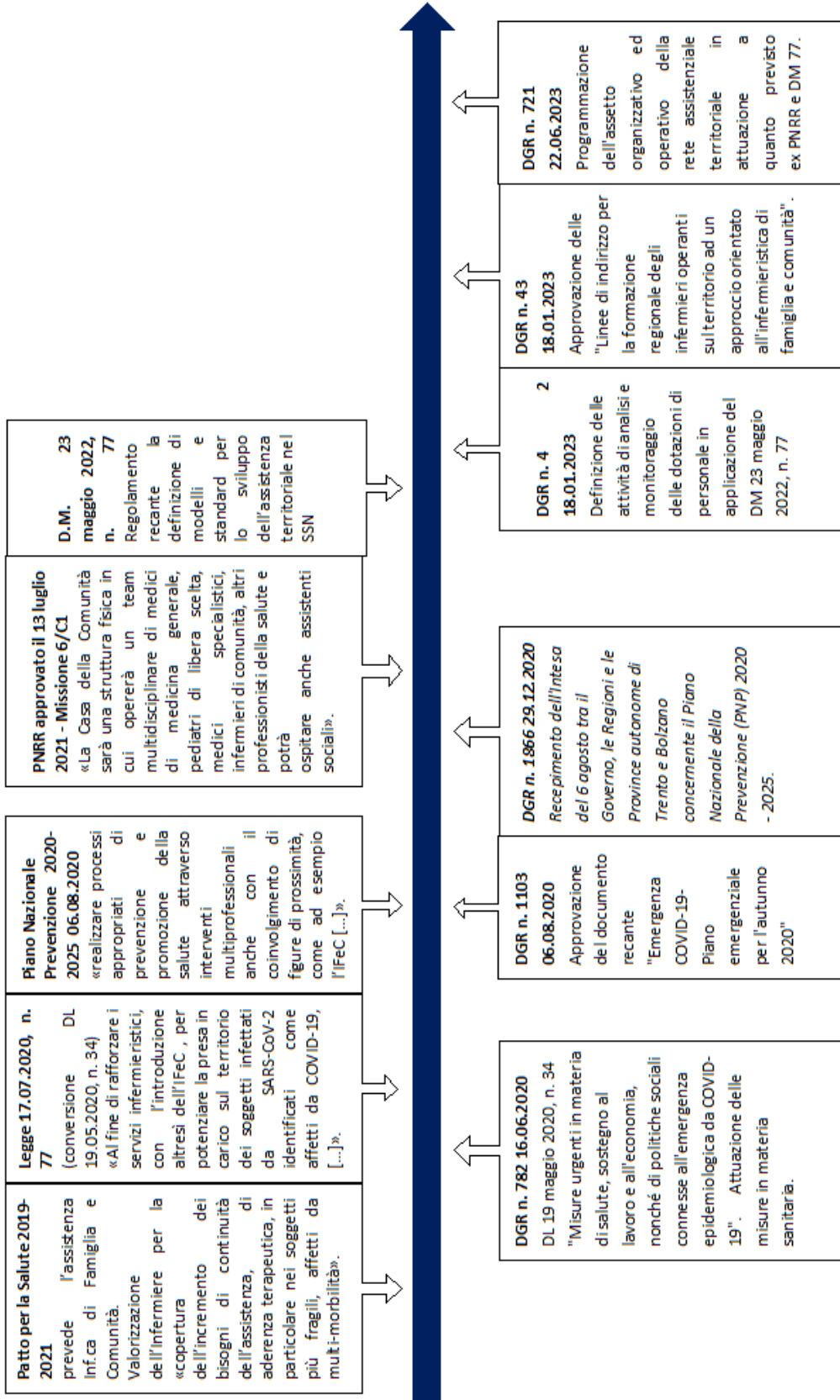
MODULI DIDATTICI	CONTENUTI
Gestione di persone con situazioni di cronicità semplice	Livelli di complessità assistenziale nella cronicità La cronicità semplice Caratteristiche metodologiche dei PDTA: sviluppo e struttura Identificazione e gestione di panel di pazienti, Gestione dei follow-up
La fragilità dell'anziano con particolare attenzione alla valutazione di segni e sintomi precoci	Strumenti di assessment e strategie di gestione delle più frequenti problematiche della fragilità nell'anziano: malnutrizione, disturbi cognitivi e comportamentali. Disabilità e scelta di ausili
Promozione di sani stili di vita	Evidenze e linee guida per la promozione di sani stili di vita (attività fisica, alimentazione, tabagismo, rischio cardio-vascolare)
Interventi di promozione della salute nell'ambito delle reti di prossimità, delle unità di offerta delle cure primarie e delle reti informali	Analisi della comunità: reti di prossimità e reti informali Collaborare a interventi di promozione della salute per gruppi di utenza

Formazione sul campo

Il modulo di formazione sul campo, di 100 ore, si realizza con un training individuale effettuato all'interno delle Aziende di provenienza finalizzato ad applicare l'approccio e i metodi orientati all'infermieristica di famiglia o alla comunità. Durante tale esperienza con la guida di un infermiere referente per la formazione sul campo il professionista individuerà opportunità di sperimentarsi nella presa in carico con approccio proattivo di assistiti con cronicità semplice o complessa. L'attività svolta verrà documentata mediante la redazione di un report (project work), secondo le indicazioni elaborate dal comitato tecnico scientifico e con il supporto dello stesso ai referenti individuati.



Appendice 1 - Sintesi della normativa di riferimento



DGR n. 782 del 16 giugno 2020 Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34

"Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria.

L' allegato A "Piano di potenziamento dell'assistenza territoriale" prevede lo sviluppo della figura dell'IFoC, individuandone gli ambiti di attività. L'IFoC è dipendente gerarchicamente dalla UOC Cure Primarie del Distretto di afferenza e svolge attività sia presso gli ambulatori distrettuali sia presso il domicilio dei pazienti non già presi in carico dall' ADI. Si sottolinea la distinzione tra IFoC e infermieri dell' équipe ADI.

La dotazione è prevista secondo uno standard non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, precisando che laddove siano attive forme associative evolute dei MMG, le attività ascrivibili all'IFoC del Distretto possono essere svolte dall' infermiere delle forme associative; laddove, invece, non vi siano forme associative evolute dei MMG, l'IFoC afferente al Distretto potrà svolgere, previo accordo con i MMG stessi, l'attività anche presso gli studi dei MMG che operano non in forma aggregata.

È computato un fabbisogno di IFoC pari a circa 441 unità, al netto degli infermieri già operanti presso le forme associative dei MMG.

DGR n. 1103 del 06 agosto 2020

Approvazione del documento recante "Emergenza COVID-19 - Piano emergenziale per l'autunno 2020".

Prevede la progressiva introduzione dell'IFoC da parte di ogni Distretto, con priorità alle zone geografiche in cui non siano presenti forme evolute di aggregazioni della medicina generale o si ritenga necessario potenziare gli studi medici periferici al fine di supportare la capillarità dell'assistenza.

È richiesta l'elaborazione di un progetto pilota aziendale, in condivisione con i MMG, in cui vengano esplicitati gli obiettivi, le attività assegnate in conformità a quanto già stabilito con la DGR n. 782/2020, il bacino di utenza affidato, gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione.

È indicato l'uso di strumenti di case mix per l'identificazione dei pazienti con cronicità semplice (es. ACG) ed è richiesta la definizione, da parte delle Aziende, di procedure uniformi per la presa in carico (applicazione PDTA, azioni proattive di promozione della salute, ecc.), corredate da indicatori.

DGR n. 1866 del 29 dicembre 2020

Recepimento dell'Intesa del 6 agosto 2020 (repertorio atti n.127/CSR) ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della Legge 5 giugno 2003 n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020 - 2025.

Il provvedimento si recepisce l'Intesa del 6 agosto 2020 (repertorio atti n.127/CSR) tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020 – 2025.

Il PNP prevede che 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.



DGR n. 42 del 18 gennaio 2023

Definizione delle attività di analisi e monitoraggio delle dotazioni di personale in applicazione del DM 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

Viene stimato, applicando i valori di riferimento indicati nel DM 77/2022, il fabbisogno di personale nei contesti di cura previsti dal decreto stesso. Applicando lo standard di n. 1 IFoC ogni 3.000 abitanti -il DM 77/2022 specifica che "tale standard è da intendersi come numero complessivo di IFoC impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola", risulta che il fabbisogno di IFoC finalizzato a far fronte alle esigenze dei servizi territoriali è stimato in circa 1.620 unità.

La DGR 42/2023 precisa che ai fini della definizione dei fabbisogni di personale è necessario tener conto delle attuali consistenze di professionisti nei servizi territoriali che potrebbero essere riassegnati nei servizi frutto della nuova organizzazione in applicazione della riforma.

Risultano impiegati presso le Medicine di Gruppo Integrate 235 unità tempo equivalente di personale infermieristico e circa n. 300 collaboratori di studio. Al fine di calcolare l'attuale impiego di professionisti, è necessario inoltre valutare le consistenze di personale impiegato presso i servizi di Cure primarie, Cure palliative, Ospedale di Comunità, Infanzia/adolescenza/famiglia e Distretto coerentemente a quanto previsto con DGR n. 1306/2022.

DGR n. 43 del 18 gennaio 2023

Approvazione delle "Linee di indirizzo per la formazione regionale degli infermieri operanti sul territorio ad un approccio orientato all'infermieristica di famiglia e comunità". DL 19 maggio 2020, n. 34, art. 1, comma 5, convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77.

Vengono fornite linee di indirizzo finalizzate ad omogeneizzare su tutto il territorio regionale le competenze degli infermieri di famiglia, in conformità alle Linee di indirizzo approvate dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome di Treno e Bolzano (Rep. n. 20/164/CR06b/C7 del 10 settembre 2020), nei limiti di quanto previsto dal DM n. 77/2022.

Si istituisce un percorso formativo regionale della durata di 220 ore, da attuarsi in un triennio a partire dal 2023, organizzato e gestito da Fondazione Scuola di Sanità Pubblica, rivolto a tutto il personale infermieristico distrettuale, a quello afferente alle attuali COT e a quello delle UCCP (forme organizzative multiprofessionali della medicina generale), con almeno due anni di esperienza professionale in ambito territoriale. Detto percorso coinvolgerà altresì Infermieri con incarichi di funzione organizzativa/coordinamento del territorio.

DGR n. 721 del 22 giugno 2023

Programmazione dell'assetto organizzativo ed operativo della rete assistenziale territoriale in attuazione a quanto previsto ex Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR) e D.M. 23/05/2022, n. 77. D.G.R. n. 2/CR del 10/01/2023.

Declinazione degli aspetti programmatici, organizzativi ed operativi della rete assistenziale territoriale in attuazione a quanto previsto ex Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR) e D.M. 23/05/2022, n. 77.



Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 32 del 4 aprile 2023
Pianificazione di interventi regionali in attuazione del Piano nazionale di Ripresa e resilienza. Istituzione della Unità di Coordinamento – PNRR Sanità e Sociale
Si istituisce presso l'Area Sanità e Sociale l'Unità di Coordinamento – PNRR Sanità e Sociale con compiti di coordinamento e supporto alle Aziende del SSR nella declinazione operativa e integrata degli interventi previsti nelle Missioni del PNRR interessanti l'ambito sanitario, socio-sanitario e sociale e dal DM 77/2022.

Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 50 del 5 maggio 2023
Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 32 del 04 aprile 2023 "Pianificazione di interventi regionali in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Istituzione della Unità di Coordinamento PNRR Sanità e Sociale" – Prima individuazione dei gruppi di lavoro tematici e dei coordinatori - gruppo di lavoro "Infermiere di famiglia o comunità".
Individua il gruppo di lavoro "Infermiere di famiglia o comunità" e relativo Coordinatore.

