



# INFERMIERE DI FAMIGLIA

Progetto pilota

AZIENDA ULSS 3 SERENISSIMA

# I protagonisti

USL 3 SERENISSIMA

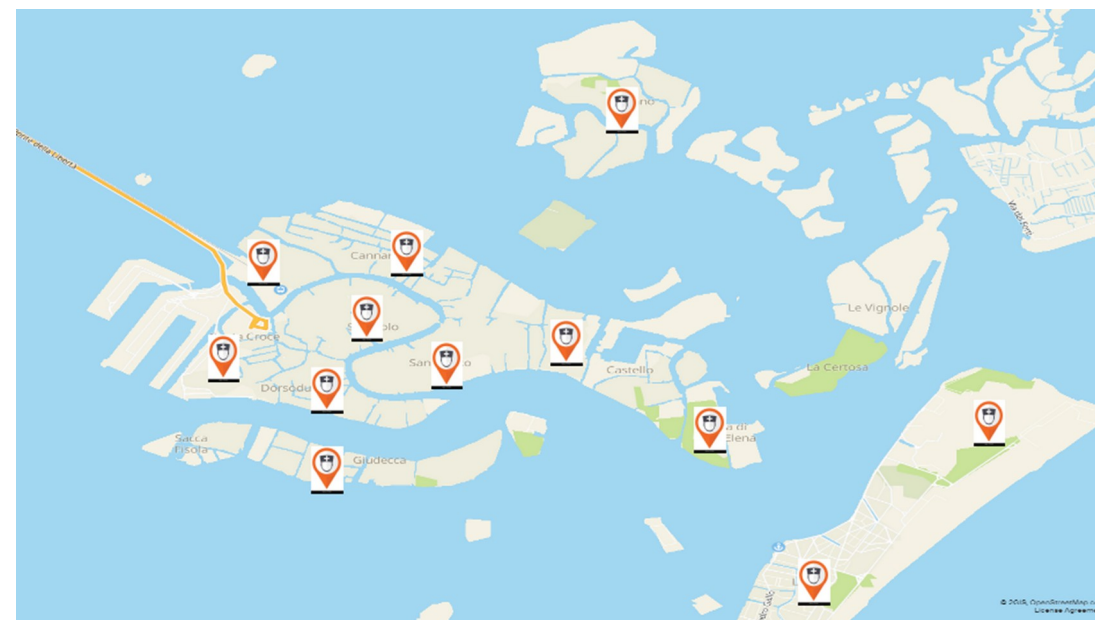


Il gruppo di infermieri professionali che sperimentano in centro storico e isole l'aiuto domiciliare

11 Infermieri

presenti nei 6 Sestieri di Venezia, Giudecca, Burano, Murano, Lido di Venezia e Pellestrina

n° 711 pazienti presi in carico



# IL MANDATO

- DGRV 1406/2020 Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2020
  - INTRODUZIONE PROGRESSIVA DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA
  - Azione: OGNI Azienda provvederà a trasmettere alla Regione una relazione sull'introduzione dell'infermiere di famiglia

**LEGGE 17luglio 2020 n. 77** introduce l'infermiere di famiglia o di comunità per la presa in carico pazienti SARS – Cov-2

**DGR Veneto 782 del 2020**  
Piano di potenziamento dell'Assistenza territoriale

**DGR Veneto n. 1130 del 2020**  
Viene definito il profilo dell'infermiere di famiglia e di comunità

PROGETTO  
AZIENDALE  
DGRV  
1406/2020

VARIABILI DI CONTESTO

VARIABILI EPIDEMIOLOGICHE

IDENTIFICAZIONE E FORMAZIONE

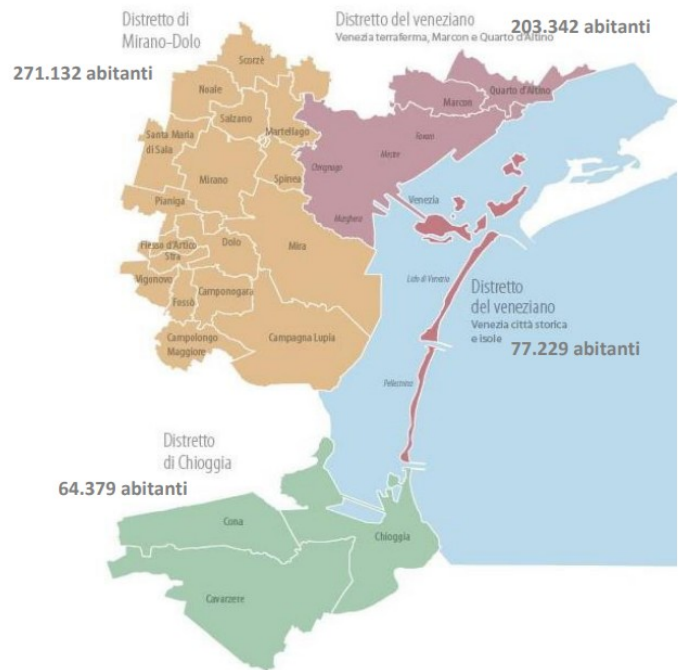
MODELLO ORGANIZZATIVO E STRUMENTI OPERATIVI

DEFINIZIONE DELLA RETE DI RELAZIONI

DEFINIZIONE DI INDICATORI DI RISULTATO



# VARIABILI DI CONTESTO



- ### AZINEDA ULSS 3
- COMUNI → N. 23
  - POPOLAZIONE → 625,189
  - ABITANTI ( AL 1 GENNAIO 2019)
  - Superficie di intervento 1362 km<sup>2</sup>
  - OSPEDALI → 1 Hub e 4 spoke
  - DISTRETTI → N. 4

- ### CARATTERISTICHE:
- ❖ Profonda eterogeneità delle diverse aree servite zone urbane della terraferma , centro storico veneziano e aree insulari
  - ❖ Disomogeneità della distribuzione delle diverse forme di aggregazione della Medicina Generale
  - ❖ Distanza dai principali centri di diagnosi e cura rapportati alle modalità di mobilità territoriale o indispensabilità di mezzi pubblici

# VARIABILI EPIDEMIOLOGICHE

- Variabile demografica : distribuzione di pazienti over 75
- Variabile sociale : distribuzione nuclei monofamiliari over 65
- Variabile patologie croniche : numero pazienti in RUB 4 e RUB 5

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Azienda ULSS 3 "Serenissima"
	N.	N.	N.	N.	N.
<b>RUB 4</b>	1612	3767	3751	971	10101
<b>Popolazione Residente</b>	79722	206486	273009	65972	625189
<b>%RUB 4 su popolazione residente</b>	2,02%	1,82%	1,37%	1,47%	1,62%

IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI CON CRONICITA' SEMPLICE ATTRAVERSO L'USO DI **ACG** (STRUMENTO DI CASE MIX ADJUSTED CLINICAL GROUP)



Figura 1 - Presa in carico della cronicità per intensità di cura e di assistenza: profili di popolazione e percentuale sulla popolazione del Veneto



# VARIABILI DI CONTESTO

# VARIABILI EPIDEMIOLOGICHE

Pazienti cronici in RUB 4 pari al 2,02% (superiore della media aziendale 1,6%)

Percentuale popolazione anziana residente >65 anni 14%



Assenza nel distrettuale di Medicine di Gruppo Integrate

Collocazione geografica distante dai principali centri di diagnosi e cura associato a criticità nello spostamento specie per persone anziane

**Distretto 1**  
**Venezia Centro Storico e Isole**  
dr.ssa Francesca Rossi

# IDENTIFICAZIONE E FORMAZIONE

## Reclutamento del personale

Requisiti preferenziali:

Master IFoC

Esperienza nelle cure domiciliari

Master case Manager

## Percorso formativo di base

Modulo residenziale 50 CF-ECM

Modulo formazione sul campo 50 FC-ECM

Strategie → coinvolgendo tutti gli stakeholders orientato a Chronic care Model e al Care Management

## Percorso formativo permanente

Discussione casi clini con la partecipazione di esperti o componenti del team multiprofessionali

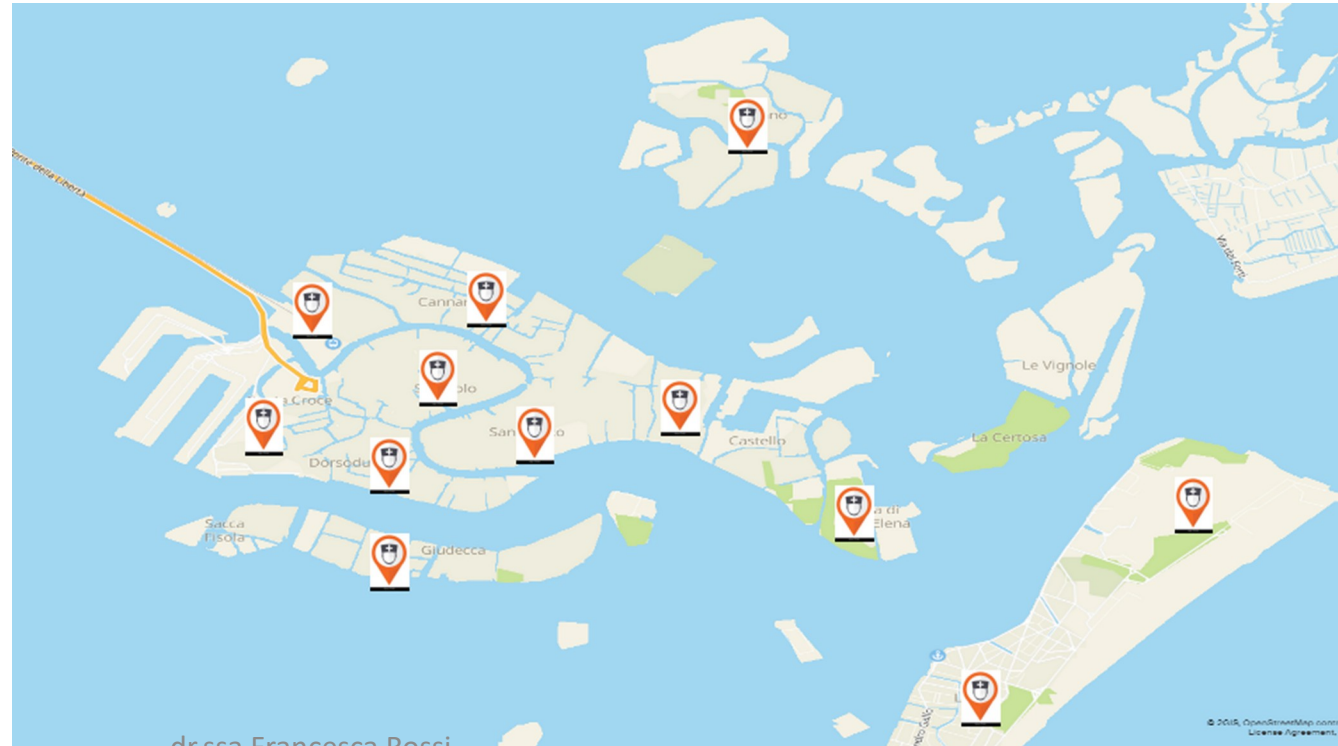
Come strategia di gruppo per condividere le soluzioni ai bisogni di salute

Come metodologia supportata da evidenze scientifiche



## MODELLO ORGANIZZATIVO E STRUMENTI OPERATIVI

- ❖ Arruolamento dei pazienti cronici da seguire su indicazione specifica del MMG
- ❖ Individuazione di infermieri dedicati a un territorio
- ❖ Individuazione per ogni singolo paziente dell'infermiere di famiglia di riferimento





## DEFINIZIONE DELLE COMPETENZE E STRUMENTI DI LAVORO

- garantire le **prestazioni infermieristiche** di consulenza e di **educazione sanitaria e terapeutica** con adozione di interventi di orientamento, di supporto motivazionale e di rinforzo al paziente (o gruppi) e alla famiglia, allo scopo di **sviluppare abilità di autocura** e di fiducia nella gestione della malattia, provvedendo al monitoraggio **dell'aderenza terapeutica** ed alla segnalazione di anomalie al MMG;
- contribuire al **monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale** ed alla valutazione delle alterazioni sintomatiche delle condizioni di salute in caso di malattia, acuta o cronica, che possono indicare un aggravamento o la comparsa di complicanze, in integrazione con gli altri professionisti coinvolti;
- **mappare le risorse del territorio** per il mantenimento di stili di vita sani, progettando ed attivando iniziative di promozione della salute rivolte alla comunità che favoriscano la partecipazione attiva, avvalendosi anche della collaborazione delle associazioni di volontariato.

AMBITI DI INTERVENTO

# DEFINIZIONE DELLE COMPETENZE E STRUMENTI DI LAVORO



- l'**accertamento** dei bisogni e delle sue preferenze;
- la condivisione del **piano di cura con il MMG** e il team multiprofessionale;
- la **stesura del piano di azione** con il paziente ed il caregiver;
- il supporto e la promozione dell'**autogestione**;
- l'integrazione con tutti i "provider" coinvolti;
- la facilitazione delle **transizioni tra i luoghi di cura**;
- l'**educazione** e il sostegno ai familiari e ai caregiver;
- la valutazione e la facilitazione dell'accesso alle risorse **sociosanitarie** del territorio dove vive la persona;
- il **monitoraggio** delle sue condizioni.



- il team multiprofessionale Distrettuale,
- i professionisti sanitari della rete territoriale, medici e infermieri e altre professioni sanitarie del
- SerD, Salute Mentale, Consultorio Familiare;
- della rete ospedaliera, in particolar modo con UU.OO di Medicina/Geriatria, Cardiologia, Diabetologia, Pneumologia e Pronto Soccorso;
- il Servizio Sociale Comunale;
- le Associazioni di Volontariato;
- le Associazioni dei Malati;
- altri rappresentanti della comunità

- VARIABILI CONTESTO
- VARIABILI EPIDEMIOLOGICHE
- IDENTIFICAZIONE E FORMAZIONE
- MODELLO ORGANIZZATIVO E STRUMENTI OPERATIVI
- DEFINIZIONE DELLA RETE DI RELAZIONI
- DEFINIZIONE DI INDICATORI DI RISULTATO

**SISTEMI OPERATIVI**

# DEFINIZIONE DELLE COMPETENZE E STRUMENTI DI LAVORO



- Nuovo paziente
- Nuovo monitoraggio
- Nuovo appuntamento
- Nuova attività
- Nuovo messaggio

Presenza messaggi non letti

Modifica Credenziali

AFT di appartenenza

- AFT GIUDECCA: DOTT. MERLO, DOTT. STRADELLA, DOTT. ANEDDA

PDTA in gestione

- CCINFBASE

Verifica Ritardi  
Analisi Valori  
Storico Valori



## RCM Main Page Relation Care Management

Accedi alle principali funzionalità cliccando sui bottoni corrispondenti

[PDTA »](#)

Visualizza l'elenco dei PDTA. Per ogni percorso è possibile visualizzare le informazioni richieste

[Medici »](#)

Visualizza l'elenco completo dei Medici (MMG e PLS) iscritti

[Pazienti »](#)

Visualizza l'elenco dei pazienti presenti in anagrafe

[Monitoraggi »](#)

Visualizza l'elenco dei monitoraggi effettuati divisi per PDTA e paziente

[Appuntamenti »](#)

Visualizza il calendario degli appuntamenti

[Attività »](#)

Visualizza la cronologia delle attività svolte

[Messaggi »](#)

Visualizza l'elenco dei messaggi inviati e ricevuti

[Surveys »](#)

Elenco dei sondaggi volti a valutare le proporzioni di diverse caratteristiche di una popolazione campione



- VARIABILI CONTESTO
- VARIABILI EPIDEMIOLOGICHE
- IDENTIFICAZIONE E FORMAZIONE
- MODELLO ORGANIZZATIVO STRUMENTI OPERATIVI
- DEFINIZIONE DELLA RETE DI RELAZIONI
- DEFINIZIONE DI INDICATORI DI RISULTATO

**TELEVISIT  
A**

# DEFINIZIONE DELLE COMPETENZE E STRUMENTI DI LAVORO



Paziente residente nell'Isola di Burano, con difficoltà alla deambulazione.

Candidata a visita di controllo reumatologica, convinta a rinunciare alle cure per difficoltà logistiche.

Attraverso il servizio di Infermiere di Famiglia è stato possibile eseguire una televisita.

REGIONE DEL VENETO  
**ULSS3**  
SERENISSIMA

**PRESIDIO OSPEDALIERO DI VENEZIA**  
Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Reumatologia  
Direttore: \_\_\_\_\_

Ospedale SS. Giovanni e Paolo  
Castello 6777- 30122 Venezia  
Tel. : (0039) 041 5295572 Fax: (0039) 041 5295573  
E-mail : [reuma@ulss3.veneto.it](mailto:reuma@ulss3.veneto.it)

Mestre, 06.02.2023

VISITA IN MODALITA' DI TELEMEDICINA

Egregio collega,

ho sentito in data odierna la signora \_\_\_\_\_, in presenza dell'infermiera delle Cure Primarie Elisa I \_\_\_\_\_

Alla signora è stata diagnosticata di recente (22.11.22) presso la nostra UO, in corso di consulenza dal PS, una Polimialgia Reumatica – sulla scorta di artromialgie ai cingoli scapolare e pelvico con consensuale, spiccato incremento degli indici di flogosi (PCR fino a 17 mg/dl)

dr.ssa Francesca Rossi

# DEFINIZIONE DELLE COMPETENZE E STRUMENTI DI LAVORO

## Interventi infermieristici:

- Discussione del caso con lo specialista ospedaliero
- Invio anticipato degli esami diagnostici richiesti
- Presenza dell'INFERMIERE Durante la visita come supporto alla famiglia



**SISTEMI OPERATIVI**



## RISULTATO :

- Evitato trasporto in ospedale
- Gestione del controllo e della aderenza alla terapia del dolore
- Soddisfazione della famiglia



## DEFINIZIONE DELLE COMPETENZE E STRUMENTI DI LAVORO

- Prossimità alla comunità
- Stabilire rapporto di fiducia e alleanza terapeutica
- Attivazione delle risorse presenti nella comunità (volontariato, risorse informali)

**INCONTRI  
 CON LA  
 COLLETTIVITA'**



dr.ssa Francesca Rossi

Gaag  
 Gruppo Anziani Autogestiti  
 Giudecca 63



Presenta  
 incontro con  
**L'infermiere di famiglia**

**GIORNO LUNEDI 27 FEBBRAIO ORE 16,00**  
**CENTRO GAAG**  
**GRUPPO ANZIANI AUTOGESTITO GIUDECCA 63**

**SUI SEGUENTI TEMI:**

**PRESENTAZIONE DEL SERVIZIO**

**1—SINCOPE**

(COME INTERVENIRE, POSIZIONE DI SICUREZZA, MONITORAGGIO PARAMETRI VITALI)

**2—SOFFOCAMENTO**

(PRINCIPALI SEGNI DISFALGIA, TAGLI SICURI, COSA NON FARE. HEIMLICH)

**3—PICCOLI TRAUMI**

(TAGLI ACCIDENTALI, MEDICAZIONI SEMPLICI, BENDAGGI, DISINFETTARE, APPROFONDIMENTO SU CHI ASSUME ANTICOAGULANTI)

**4—CHIAMATA 118**

(QUALI INFORMAZIONI FORNIRE ALL'OPERATORE E IN CHE ORDINE)

**INFO: 0412960054 - 3534441229**

### Intervista:

Si è ricordato di assumere i farmaci questa settimana?

E' uscito di casa questa settimana?

Si è misurato la pressione?

Si è pesato questa settimana?

Il peso è rimasto uguale?

Mangia frutta e verdura nell'arco della giornata ?

Ha le caviglie o le gambe gonfie?

Ha necessità di aumentare il numero di cuscini per dormire

meglio?

TELESOCORSO







## DEFINIZIONE DELLA RETE DI RELAZIONI

Il progetto e il nuovo modello organizzativo per la presa in carico della cronicità sono stati presentati ai principali stakeholders:

- MMG e PLS
- Direttori e Coordinatori UU.OO. Ospedaliere e Territoriali
- Assistenti Sociali dei Comuni dell'ambito territoriale
- Organizzazioni sindacali
- Associazioni di volontariato
- Associazioni dei malati
- altri enti presenti nel territorio che erogano assistenza e/o servizi (centri riabilitativi, palestre, piscine...).

dr.ssa Francesca Rossi

**la Nuova Venezia** 14-APR-2022  
Dir. Resp.: Fabrizio Brancoli da pag. 19 /  
Tiratura: 8568 Diffusione: 5871 Lettori: 79000 (0005691) foglio 1  
Superficie: 32 %

---

### Infermieri di famiglia per 500 anziani in laguna prima sperimentazione

**CORRIERE DEL VENETO**  
VENEZIA E MESTRE  
Dir. Resp.: Alessandro Russello  
Tiratura: N.D. Diffusione: 4019 Lettori: 27000 (0005691)

---

### La nuova figura dell'Usl 3 L'infermiere di famiglia controlli e farmaci a casa Quarta dose a 4 anziani 10 mila slot a settimana



## DEFINIZIONE DI INDICATORI DI RISULTATO

gradualmente presi in carico e seguiti dal servizio 711 pazienti (97 nel 2021 e 614 nel 2022)

di cui il 44% è rappresentato da pazienti con **Scompenso Cardiaco**,

il 13% con **Diabete**,

il 6% con **BPCO**,

il 13% con **Decadimento Cognitivo**.

L'età dei pazienti assistiti va da 35 anni (0,3%) a oltre 85 (38%); gli over 70 rappresentano il 90% dei pazienti in carico.

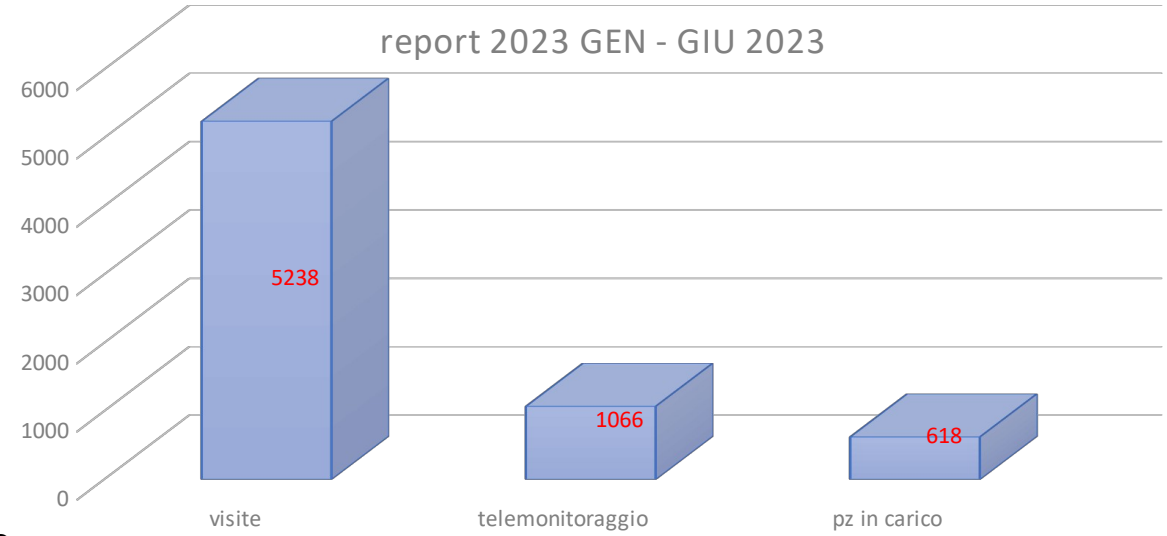
Attualmente i pazienti presi in carico sono oltre 900.

I pazienti in carico da una valutazione ACG (dati anno 2020), per il 4% erano in RUB 4 o 5 ma non seguiti da servizi territoriali, il restante erano collocati nei RUB  $\leq 3$ , in maniera congruente quindi con l'obiettivo del progetto (cronicità semplice).



# INDICATORI

- Alcuni esempi:
- Aderenza terapeutica scala di moriski
- Accessi in pronto soccorso
- Valore pressorio e glicemico stabilizzato mediante strategie di aderenza terapeutica
- riduzione del peso in pz obeso mediante introduzione stile alimentare sano
- esecuzione corretta di fkt respiratoria mediante addestramento
- presa in carico precoce nelle dimissioni protette non ADI, segnalate > 48 h
- attivazione servizio sali/scendi in pz con difficoltà motorie per uscire dall'ambiente domestico
- sollievo del care giver/famiglia con inserimento in memory caffè o auto mutuo aiuto




**Controllo diabetologico conclusioni:**

Viene il figlio con esito esami che dimostrano un compenso glicometabolico migliorato, ottimale. Dulaglutide viene somministrato settimanalmente da Infermiere di famiglia.

**Data prossimo controllo: fra 6 mesi con esami**

**OSPEDALE CIVILE di VENEZIA**  
**DIRETTORE: dott Lucio Michieletto**

Venezia 5/4/2023

Gentile Collega

Il suo Paziente il Signor Guadalupi Danile 8/4/1943 nato il è risultato affetto da "Sindrome delle apnee ostruttive notturne di grado severo (AHI iniziale 45,9)" con insufficienza respiratoria notturna ( il Paziente utilizzava già O2 terapia al flusso di 3l/min.

Con ausilio dell'Infermiere di famiglia, ha effettuato monitoraggio cardio-respiratorio notturno utilizzando apparecchio CPAP blunotte con maschera nasale (modello: Cara ; misura ML ) alla pressione di 7,5 cm H2O.

Il monitoraggio ha dimostrato una netta riduzione delle apnee notturne(AHI residuo 3,4 )

# GLI SVILUPPI

## MODELLO ORGANIZZATIVO

## STANDARD E COMPETENZE IFoC



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1123 del 19 settembre 2023

**Approvazione del documento "Servizi di Infermieristica di famiglia o comunità" nell'ambito degli interventi per lo sviluppo dell'assistenza territoriale. D.M. 23 maggio 2022 n. 77.**

*[Sanità e igiene pubblica]*

Servizio di Infermieristica di Famiglia o Comunità (SIFoC): servizi obbligatoriamente previsti nelle Case della Comunità (DM. 77/22), comprendono Infermieri del Territorio, formati con corso regionale, 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/residenziali o setting specialistici o per acuti.

1 IFoC con formazione accademica post-base ogni 15 infermieri orientati all'infermieristica di famiglia. Competenze core:

1. promozione della salute e educazione,
2. valutazione e presa di decisione,
3. presa in carico e coordinamento di percorsi,
4. comunicazione e relazione interprofessionali; leadership, ricerca e consulenza



## TARGET DI UTENZA

### 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

## SISTEMI DI TRACCIAMENTO

definizione delle prestazioni attuate dal personale infermieristico IFoC e IT anche per il conseguente aggiornamento del nomenclatore tariffario;  
informatizzazione della documentazione clinica con apposite sezioni dedicate all'attività ambulatoriale

## AZIONI DI SUPPORTO

**FORMAZIONE** Regionale dedicata agli infermieri presenti nel territorio  
confronti e condivisioni con i Direttori dei master in Infermieristica di famiglia e comunità degli Atenei veneti



GRAZIE PER L'ATTENZIONE