

Venezia in salute 2024

REGIONE DEL VENETO



ULSS3  
SERENISSIMA

# Assistenza di prossimità: implementazione Infermiere di Famiglia a Venezia Centro storico

Dott.ssa Amalia Fontanel

dott.ssa Elisa Marinello

dott.ssa Silvia Donà

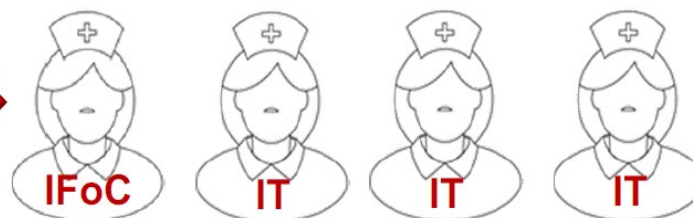


## IFoC

Infermiere con **formazione accademica specialistica** post-base nell'ambito delle cure primarie-sanità pubblica, 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.



## S IFoC



Servizi obbligatoriamente previsti nelle Case della Comunità (DM. 77/22), comprendono **Infermieri del Territorio (IT)**, formati con corso regionale, e **IFoC**, dedicati alla gestione dei **bisogni di assistenza correlati alla cronicità e alla fragilità**.

Bisogni di assistenza  
nell'infermieristica di  
famiglia

## Obiettivi

- Ritardare l'evoluzione della patologia e delle complicanze
- Autogestione della malattia
- Mantenimento dell'autonomia

## Bisogni di assistenza nell'infermieristica di famiglia

### Esiti attesi

- Miglioramento della qualità di vita attraverso il controllo della propria salute
- Intercettazione popolazione arruolabile nei PDTA
- Miglioramento dell'aderenza ai PDTA
- Controllo fattori di rischio comportamentali
- Riduzione del ricorso ai PS per pz in carico ai SIFoC
- Riduzione delle riammissioni in ospedale a 30 giorni
- Miglioramento dei processi di continuità assistenziale
- 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
- 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

## **A CHI E' RIVOLTO IL SERVIZIO**

Il servizio "Infermiere di Famiglia" è rivolto alle persone/famiglia con bassa complessità assistenziale:

**Pluripatologici**

**Affette da malattie croniche**

**Non in carico ad altri servizi assistenziali**

**Che necessitano di aiuto a trovare le soluzioni ai bisogni di salute e a gestire le malattie croniche e le disabilità**



## **SEDI DI SERVIZIO**

**Sede Distrettuale GB  
Giustinian**

**Sede Distrettuale di Murano  
Sede Distrettuale di Burano  
Sede Distrettuale del Lido**

**Indirizzo di posta elettronica:  
infernierfamiglia.d1@aulss3.veneto.it**

17/3/2022



## **INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA'**



**Professionista che aiuta le persone ad adattarsi alla malattia e disabilità cronica**

**Trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia**

**Conoscendo il contesto anche relazionale della comunità di riferimento**

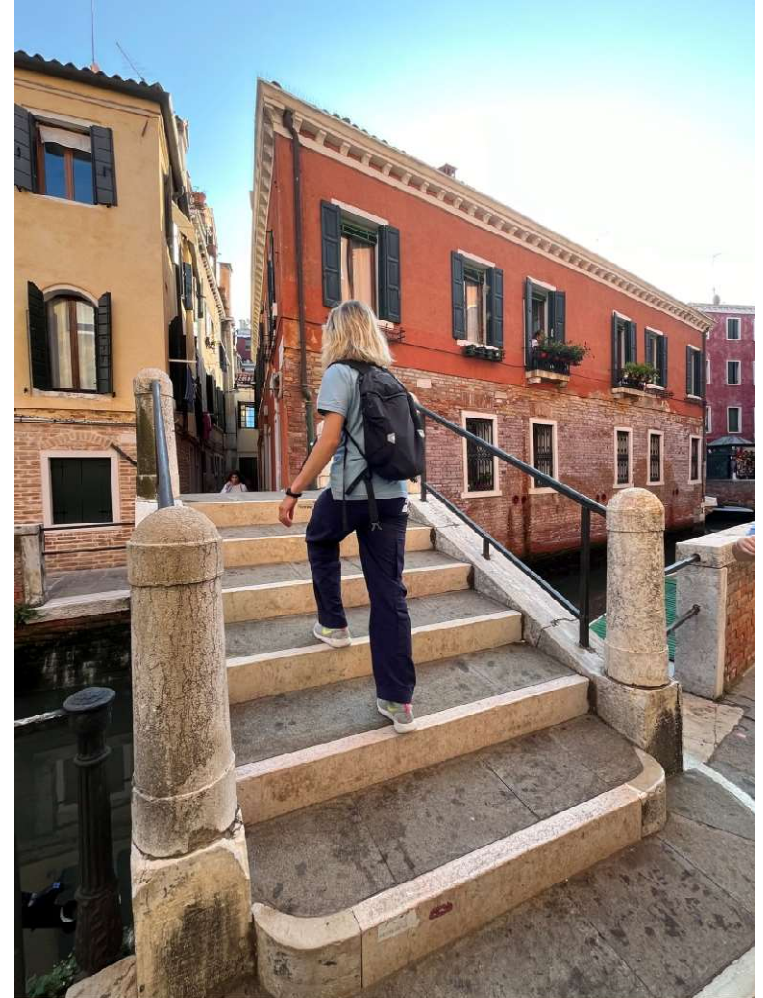


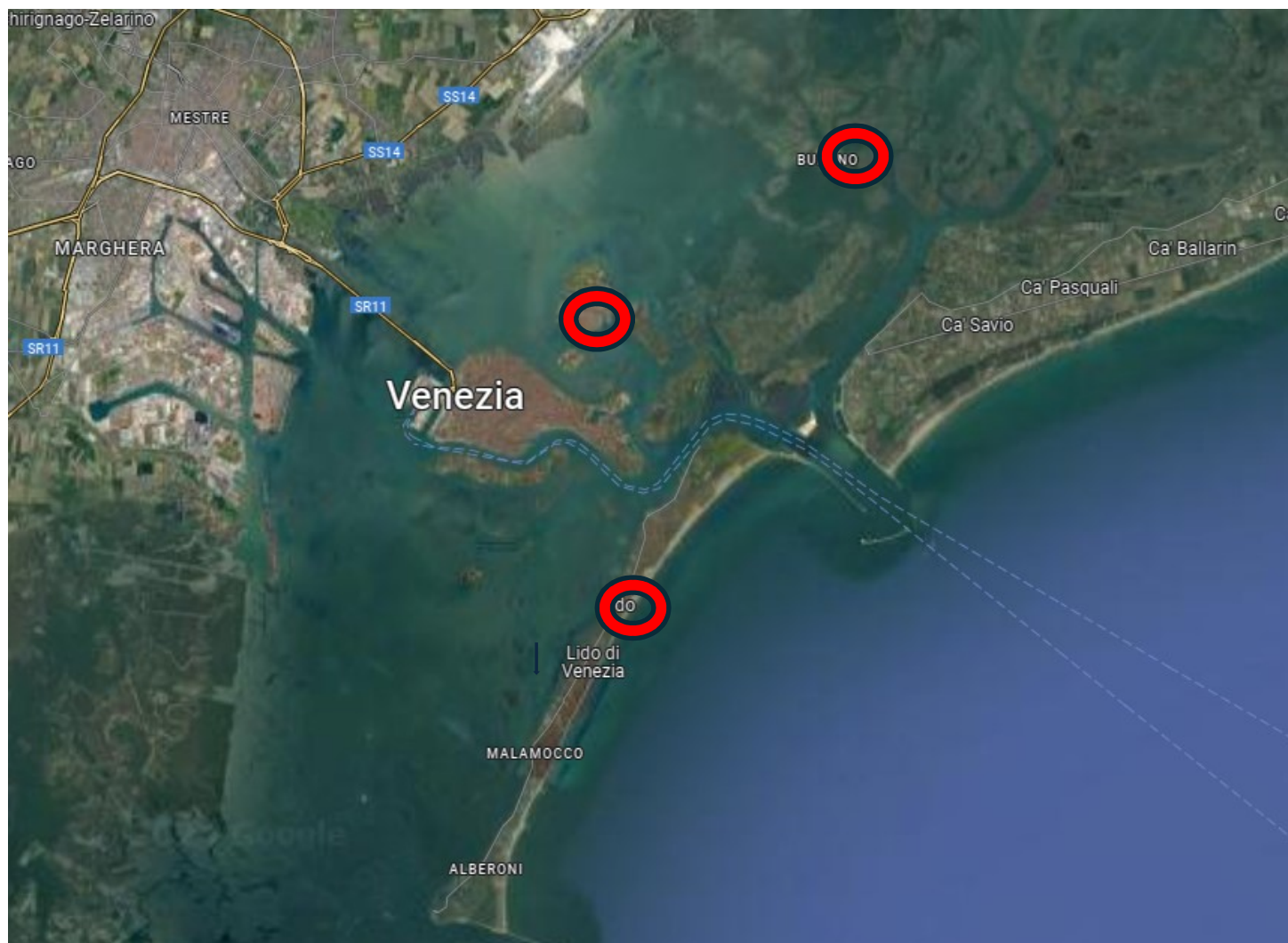
# Perchè Venezia?



## **DISTRETTO 1** **VENEZIA CENTRO STORICO E ISOLE**

- Percentuale popolazione anziani residente ultra settantacinquenni : 14% (superiore alla media aziendale 13%)
- Collocazione geografica del distretto 1 (isole) distante dai principali centri di diagnosi e cura
- Mancata presenza sul territorio distrettuale delle medicine di gruppo integrate





Il modello organizzativo di riferimento del DM 77/2022 al fine di favorire la *capillarità dei servizi* e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali



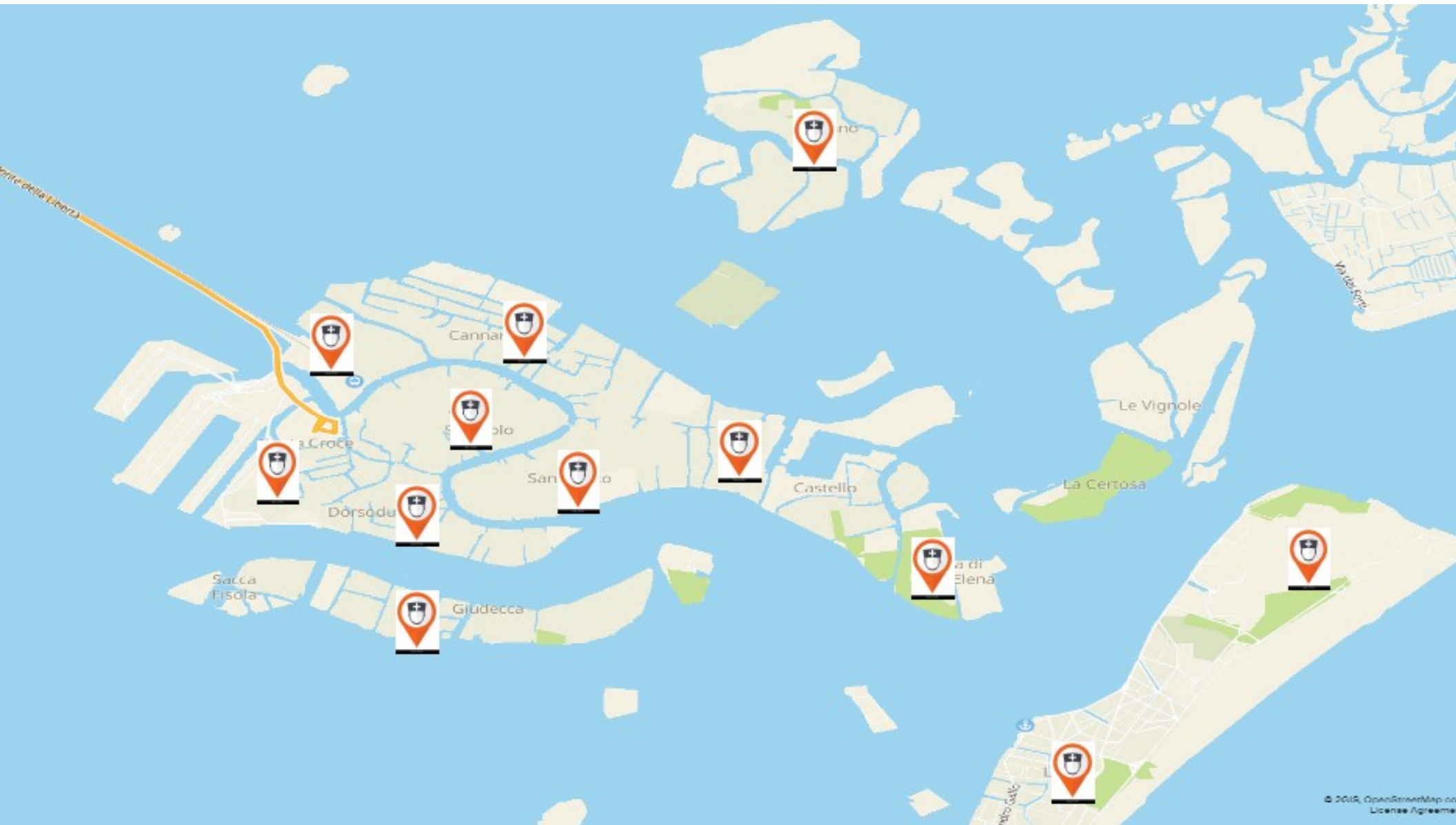
Il servizio



# **DISTRETTO 1**

## **VENEZIA CENTRO STORICO E ISOLE**

- 12 Infermieri di Famiglia
- Suddivisi per sestieri
- Mmg assegnati
- Domiciliarità prevalente





L'utenza



## **DISTRETTO 1**

### **VENEZIA CENTRO STORICO E ISOLE**

Criteri di eleggibilità (almeno uno):

- Pz > 65 anni
- Malattie croniche
- PDTA cronicità
- Scarsa autocura
- Scarsa aderenza terapeutica
- NO pz allettati e/o in carico ADI



Alcuni  
dati...



## DISTRETTO 1

### VENEZIA CENTRO STORICO E ISOLE

- 790 utenti
- Dal 2021: 1337 utenti
- Da gennaio 2024 nuove prese incarico: 200
- Visite gennaio-giugno 2024: 5454 di cui **solo** 145 ambulatoriali



**Assistenza  
Domiciliare**



**Unità  
di cure palliat**



**Ospedale  
di Comunità**



**Infermiere  
di Famiglia  
o Comunità**



**Unità  
di Continuità  
Assistenziale**

**LA  
PROSSIMITÀ  
ALLA FAMIGLIA  
E ALLA  
COMUNITÀ**

---



# Proattività

- Intercetta e riconosce in modo precoce i bisogni latenti della popolazione di riferimento, conosce la rete dei servizi territoriali e del volontariato, orienta e facilita l'accesso appropriato e tempestivo ai servizi

# Gestione del paziente cronico

IFoC:

- Contatta MMG per discutere il caso clinico
- monitora l'esecuzione di visite ed esami secondo PDTA
- Educa il pz alla corretta assunzione dei farmaci
- Addestrare il pz al rilevamento dei PV e peso mediante diari di automonitoraggio
- Rileva presenza di edemi AAll
- Utilizza la scala di Morisky per l'aderenza terapeutica
- Educa il pz ad un corretto stile di vita (alimentazione, esercizio fisico, limitazione abuso fumo/alcool) mediante **colloquio motivazionale**
- Invita il paziente a partecipare a gruppi di incontro promossi da associazione per anziani del suo sestiere per favorire la socialità
- Supporto alle attività burocratiche per facilitare l'accesso alle cure
- Coinvolge il familiare o la persona di riferimento



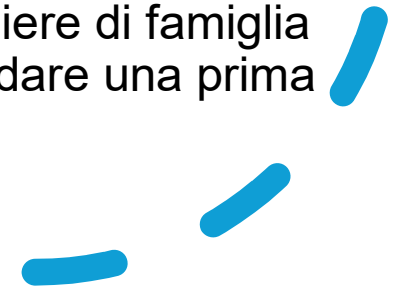


## L'ATTIVAZIONE DELLE RISORSE DELLA COMUNITÀ

La **partecipazione** della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver è tra i requisiti obbligatori della Casa della Comunità (D.M.77/2022)

# Come avviene l'attivazione

- QUESTO SERVIZIO PUÒ ESSERE ATTIVATO DA VARIE FIGURE PROFESSIONALI AFFERENTI AI SERVIZI SOCIO-SANITARI TERRITORIALI E OSPEDALIERI
  - *es. reparti ospedalieri in fase di dimissione, dagli ambulatori specialistici, dal servizio sociale comunale*
- **La presa in carico avviene dopo condivisione con il MMG**
- L'utente viene contattato dall'infermiere di famiglia di riferimento territoriale per concordare una prima visita domiciliare



# Prospettive future: digitalizzazione degli interventi



---

Teleassistenza

*Grazie per l'attenzione*

