

Piano di
attuazione
aziendale
dell'Infermiere
di Famiglia e
Comunità
(IFeC)

INDICE

1	PREMESSA	4
2	MODELLO ORGANIZZATIVO.....	5
2.1	L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ	5
2.2	POPOLAZIONE TARGET, TIPOLOGIE.....	6
2.3	LIVELLI DI INTERVENTO	7
2.3.1	STANDARD DEL PERSONALE	8
3	MODELLO DI ORGANIZZATIVO DELL'IFEC NELLA ASL DI RIETI	9
3.1	SITUAZIONE AS-IS	9
3.2	PROGETTAZIONE E INTEGRAZIONE DELL'IFEC NEL NUOVO MODELLO OPERATIVO TERRITORIALE - SITUAZIONE TO-BE	10
3.2.1	WORK FLOW PER L'ACCESSO ALL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E COMUNITÀ.....	11
3.2.2	IL COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE E DEL VOLONTARIATO	12
3.2.3	STRUMENTI DI ASSESSMENT	12
3.2.4	PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO E PROGETTO DI SALUTE.....	12
3.2.5	MONITORAGGIO DEGLI ESITI.....	13
3.2.6	INDICATORI DI PROCESSO E DI ESITO PER IL FUTURO.....	13
3.3	CRONOPROGRAMMA ATTIVITÀ.....	14

Gruppo di lavoro

Dott.ssa D. Ronconi – Coordinatore dell'équipe della Prevenzione

Dott. G. Fovi De Ruggiero – Responsabile del Dipartimento di Prevenzione

Dott. A. Boncompagni – Direttore UOC Distretto 1

Dott. F. Mancini Direttore UOC Distretto 2

Dott.ssa A. Barsacchi – Direttore del Dipartimento delle Professioni Sanitarie

Dott.ssa M. R. De Santis – Incarico di funzione professionale – Organizzazione assistenti sociali e integrazione sociosanitaria

Dott. M. Aureli – Incarico di funzione organizzativa – assistenza infermieristica percorso territoriale

Dott.ssa A. Aureli – Referente UOS Coordinamento Screening

Dott.ssa M. Vescia UOC Sviluppo Strategico e Organizzativo

1 Premessa

La tendenza irrimediabile ad una esponenziale crescita della domanda di salute da parte della popolazione in risposta a bisogni complessi, unitamente alla crisi pandemica che ha messo in evidenza le profonde divergenze e diseguità del SSN italiano, necessitano di risposte adeguate ed efficaci in termini di erogazione di servizi integrati somministrati all'utenza attraverso la rete della assistenza domiciliare.

Le problematiche croniche di salute, gli anziani e le disabilità in toto delimitano una importante fascia di popolazione per la quale le cure primarie e la loro articolazione territoriale rappresentano la modalità principe al soddisfacimento dei loro bisogni di salute.

Nella erogazione di servizi all'utenza, il concetto di cure di prossimità risulta essere essenziale per garantire lo svolgimento di una presa in cura dei cittadini presso il loro domicilio garantendo così una più equa fruizione dei servizi di base ed una consequenziale maggiore equità nella distribuzione della salute in tutta la popolazione.

La riorganizzazione del sistema di Cure Primarie in atto nella Regione Lazio ha come pilastro la DGR n. 416 del 20.06.2024, che fornisce gli indirizzi per lo sviluppo di un modello assistenziale infermieristico orientato alla famiglia e alla comunità la cui caratteristica finalità è quella di offrire un contributo chiave nell'ambito dei percorsi assistenziali di cura e presa in carico tipici delle cure primarie. Il modello assistenziale "Infermiere di famiglia e comunità", così come definito dall'atto regionale, rappresenta sul territorio l'evoluzione di funzioni professionali già svolte per la salute della collettività che il mutamento dei bisogni socio-sanitari dei cittadini rende necessaria per la qualità delle cure.

2 Modello Organizzativo

2.1 L'Infermiere di Famiglia e di Comunità

L'introduzione dell'IFeC ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità. L'IFeC è un professionista che, garantendo una presenza continuativa nell'area/ambito o comunità di riferimento:

- assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, infermieri di ADI ecc.), perseguendo l'integrazione interdisciplinare con altri servizi infermieristici, sanitari e sociali presenti sul territorio e ponendo al centro la persona. L'IFeC non è solo un erogatore di assistenza sanitaria, ma anche potenziale attivatore di servizi assistenziali per bisogni sociosanitari latenti, anche nella comunità, al fine di fornire risposte globali e personalizzate per sostenere la salute e la qualità di vita delle persone;
- ha un forte orientamento alla prevenzione e alla gestione proattiva della salute e ricopre diverse funzioni a seconda del contesto in cui opera. Svolge la sua attività sul territorio, a seconda dei modelli organizzativi regionali, in collaborazione con i servizi aziendali specifici, agendo in modo proattivo, garantendo la promozione di idonei stili di vita e la presa in carico delle persone e delle comunità;
- si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio;
- svolge la sua attività inserito 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. In questi termini, il tempo che dedica alla relazione con la persona, gli altri operatori e i soggetti della rete dei servizi formali e informali va considerato tempo di cura.

Nello specifico, l'IFeC:

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;
- contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti della *population health management*;
- promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo (in presenza o in remoto), in collaborazione con tutti i livelli, i contesti e in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione e di sanità pubblica, con attori sanitari e non sanitari nel supporto allo sviluppo di comunità resilienti e ambienti favorevoli alla salute in un'ottica *One Health*;

- promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità;
- svolge attività di counseling per la promozione di comportamenti positivi, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;
- valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;
- lavora in forte integrazione con le reti socio-sanitarie e con le risorse della comunità (associazioni di volontariato, ecc.) e collabora in team con i MMG/PLS e gli altri professionisti sanitari;
- utilizza sistematicamente strumenti digitali, telemedicina e teleassistenza.

2.2 Popolazione target, tipologie

L'IFeC rafforza il sistema assistenziale sul territorio, favorendo l'omogeneità e l'accessibilità all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, l'integrazione interdisciplinare delle diverse figure professionali sanitarie e sociali, ponendo al centro la persona.

A seconda del livello di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali della popolazione (DM 77/2022), l'IFeC nella presa in carico della persona redige il progetto di salute, identificando i bisogni dell'assistito, stabilendo gli obiettivi da raggiungere, pianificando gli interventi necessari, coinvolgendo l'equipe multi-professionale (UVM) laddove sia necessario redigere un Piano di Assistenza Individuale (PAI) e un Piano di Riabilitazione Individuale (PRI).

Maggiore sarà la complessità clinico-assistenziale, maggiore saranno le figure professionali coinvolte), partendo dal MMG/PLS fino a coinvolgere la COT per l'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), in continua evoluzione con l'evolversi dello stato di malattia/fragilità.

Tutto ciò, al fine di:

- individuare correttamente i pazienti cronici e/o fragili con conseguente programmazione ed organizzazione dell'offerta socio-sanitaria al bisogno "inevaso" e sviluppo della "predittività" della domanda di salute a livello distrettuale;
- facilitare la presa in carico dei pazienti arruolabili nel PDTA e il percorso assistenziale;
- garantire il giusto setting e il corretto cambio dello stesso quando necessario;
- monitorare le terapie farmacologiche complesse avviando ove necessario la riconciliazione terapeutica tra le diverse figure professionali (MMG e specialisti);
- ridurre le riammissioni in ospedale dopo trenta giorni dalla dimissione.

I diversi approcci e tipologie di intervento svolti dall'IFeC, in base ai diversi target della popolazione, posso essere così riassunti:

Livello 1 - Assenza di condizioni patologiche (persona in salute).

Sanità di iniziativa, attraverso interventi volti al contrasto dei fattori di rischio (sedentarietà, scorretta alimentazione, fumo, alcol, ecc.)

Livello 2 - Assenza di cronicità/fragilità (persona con bisogno assistenziale minimo o limitato nel tempo).

Promozione/educazione sanitaria, informazione, orientamento, counseling infermieristico.

Livello 3 - Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono-patologica, perdurante nel tempo. Valutazione e presa in carico per bisogni sanitari semplici che non richiedono interventi di alta complessità ma di programmazione/monitoraggio degli interventi nel tempo con gestione proattivo. PRIS semplice - Redazione del Piano Assistenziale Individuale

Livello 4 - Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse, con o senza determinanti sociali deficitari. Presa in carico multi-professionale del percorso appropriato (sanitario, socio- sanitario, socio- assistenziale). Redazione del Piano Assistenziale Individuale anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali di telemedicina e teleassistenza.

Livello 5 - Presenza di multi-morbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza). Presa in carico multi-professionale per attivare e monitorare i servizi di assistenza domiciliare o residenziale socio-sanitaria o socio-assistenziale. Redazione del Piano Assistenziale Individuale anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali di telemedicina e teleassistenza.

Livello 6 - Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di guarigione. Presa in carico per accompagnamento al fine vita. Redazione del Piano Assistenziale Individuale in stretta integrazione con le cure palliative.

2.3 Livelli di intervento

L'intervento dell'IFeC si sviluppa sostanzialmente in tre ambiti:

- **livello ambulatoriale**, come punto di incontro in cui gli utenti possono recarsi per ricevere informazioni, per orientare meglio ai servizi e le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza rivolti alla prevenzione collettiva, alla sanità pubblica, e all'assistenza di base (DPCM del 12 gennaio 2017), inclusi interventi di educazione alla salute;
- **livello domiciliare**, per valutare i bisogni del singolo e della famiglia e organizzare l'erogazione dell'assistenza nelle forme più appropriate;
- **livello comunitario**, con attività trasversali di promozione ed educazione alla salute, integrazione con i vari professionisti tra ambito sanitario e sociale, mappatura e attivazione di possibili risorse formali e informali.
- **strutture residenziali e intermedie (strutture socio-sanitarie)** con attività di consulenza, monitoraggio e attivazione di risorse in base ai bisogni rilevati, per garantire la continuità assistenziale tra i diversi contesti di cura.

Inoltre, l'IFeC attiva il coinvolgimento dell'Assistente Sociale afferente al Distretto Sanitario per l'approfondimento valutativo degli aspetti sociali, per la pianificazione degli interventi di competenza nei percorsi integrati di presa in carico della persona e per l'attivazione delle risorse della rete comunitaria, compresi le associazioni e gli Enti del terzo settore.

L'IFeC si raccorda con l'Assistente Sociale del Distretto Sanitario per l'attivazione delle Unità di valutazione multidimensionali (UVM) integrate nei casi in cui si rilevi un bisogno sociosanitario

complesso che richiede la partecipazione dei diversi professionisti afferenti alla rete dei servizi sanitari e socio-sanitari con il coinvolgimento della componente sociale dei Consorzi/Comuni.

2.3.1 Standard del personale

Come specificato dalla Linee di Indirizzo “infermieri di Famiglia o Comunità” di AGENAS, e dal DM 77/2022 e quanto già presente nel “Piano di Programmazione dell’Assistenza Territoriale 2024 – 2026” deliberato con DGR 976 del 28/12/2023, il fabbisogno di IFeC della ASL di Rieti sarà definito puntualmente solo dopo l’apertura di tutte le strutture territoriali previste (CdC, OdC, etc..) ed aggiornato anche in relazione alla reale stratificazione dei bisogni socio-assistenziali della popolazione reatina ed ai contesti territoriali. Attualmente nella ASL di Rieti sono presenti n. 16 infermieri che, grazie alla formazione ricevuta e all’attività professionale svolta in ambito specifico, ricoprono anche il ruolo di IFeC. La loro attività quindi è su base funzionale, rendicontando il tempo/attività svolte.

Essi sono impegnati presso gli Ambulatori Infermieristici Territoriali, così dislocati nel territorio della Provincia di Rieti:

- Distretto 1: Rieti (dove è presente anche il Consultorio Pediatrico Rieti), Antrodoco, S. Elpidio, Leonessa, Amatrice, Accumoli e Cittareale.
- Distretto 2: Osteria Nuova, Passo Corese, Casa della Salute di Magliano, Poggio Mirteto.

L’intervento dell’IFeC si sviluppa poi a livello domiciliare (ambito particolarmente importante, considerato le caratteristiche orografiche del territorio) e a livello comunitario (scuole, enti del territorio, ambienti di lavoro, eventi, ...).

Quanto sopra al fine di creare una rete interaziendale capace di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, favorendo l’integrazione delle diverse figure professionali sanitarie e sociali.

2.3.1.1 Le competenze dell’IFeC.

Le competenze dell’IFeC nelle Linee di indirizzo sono riassumibili in 3 macroaree:

- competenze cliniche assistenziali per rispondere ai bisogni di salute della popolazione
- capacità di lettura dei dati epidemiologici e del sistema-contesto; l’IFeC 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;
- capacità comunicativo-relazionale per le attività di promozione della salute ed 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.

L’acquisizione di tali competenze, specifiche ed avanzate sarà perseguita attraverso un percorso di formazione specifico organizzato dalla Regione Lazio. Successivamente nella Asl di Rieti verranno organizzati progetti formativi per IFeC e/o presi accordi con l’Università per organizzare un master.

3 Modello di Organizzativo dell'IFeC nella ASL di Rieti

3.1 Situazione AS-IS

La Rete delle Cure Infermieristiche della ASL di Rieti prevede anche l'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC).

Tale figura è stata istituita nell'ambito del progetto SNAI Missione 5 "Aree Interne Monti Reatini" avviato ad Ottobre 2022:

- linea codice C_1 denominata "Sistema Salute – Aree Interne Reatine (Sis -AIR) Servizi di Comunità: le equipe itineranti";
- linea codice C_2 denominata "Sistema Salute – Aree Interne Reatine (Sis -AIR) infermiere e ostetrica di comunità".

Le prestazioni effettuate dal personale assunto temporaneamente per tutta la durata del Progetto Aree Interne (Ottobre 2022 – Dicembre 2023) hanno riguardato:

- attività educazionali a domicilio soprattutto a supporto dei caregiver;
- prestazioni infermieristiche a domicilio;
- counseling;
- giornate di screening (negli ambulatori infermieristici ed itineranti);
- tele nursing (accorciamo le distanze);
- progetto "igiene delle mani": giornata di formazione al personale e ai caregiver delle RSA private accreditate e delle case di riposo della Provincia;
- formazione per la somministrazione dei farmaci del personale operante in ambiente scolastico sul tema delle patologie croniche;
- attività di formazione sanitaria nelle scuole e per bambini in età scolare (primo soccorso).

Le attività espletate sono state rendicontate in apposito file che ogni IFeC ha alimentato in base agli interventi eseguiti.

Nonostante il progetto SNAI sia terminato in data 31.12.2023, si è mantenuto comunque il modello organizzativo implementato mediante la formazione, durante lo stesso, del personale dipendente ASL.

Ad oggi gli IFeC sono impegnati in tutte le attività sopra citate compreso il Progetto TOBIA di nuova istituzione.

3.2 Progettazione e integrazione dell'IFeC nel nuovo modello operativo territoriale - Situazione TO-BE

L'IFeC opererà all'interno delle Case della comunità presenti nei Distretti.

Tale afferenza risponde alla necessità di gestione trasversale del personale finalizzata a garantire livelli omogenei di assistenza nel contesto territoriale 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.

L'IFeC dovrà svolgere le seguenti funzioni e attività rivolte a soggetti diversi, come di seguito descritto:

FUNZIONI E RESPONSABILITÀ	ATTIVITÀ
Analizzare contesti familiari e comunitari	Collaborare all'intercettazione del bisogno di salute
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
	Favorire l'accessibilità e l'orientamento ai servizi della persona assistita
	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 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
Attivare relazioni informative, terapeutiche e di promozione della salute	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.
	Promuovere attività di informazione/comunicazione ai singoli e alla comunità, avvalendosi di competenze esperte di linguaggi e modalità di interazione adeguati alla popolazione interessata
	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
Sostenere la continuità assistenziale tra interventi sanitari e sociali, tra	Valorizzare e promuovere il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver.
	Utilizzare sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza
	Lavorare in forte integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria, con le risorse della comunità

FUNZIONI E RESPONSABILITÀ	ATTIVITÀ
ospedale e territorio e nell'ambito dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari residenziali e semiresidenziali	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

3.2.1 Work flow per l'accesso all'assistenza infermieristica di famiglia e comunità

L'attivazione dell'assistenza infermieristica di Famiglia e Comunità può avvenire per richiesta da parte dell'utente, su segnalazione ai professionisti appartenenti alla rete socio-sanitaria (medici, infermieri, assistenti sociali ecc...), per il tramite di una valutazione multidimensionale. I servizi erogabili dall'IFeC possono essere inoltre richiesti e attivati in modalità diretta o mediata dalla COT-D come sotto indicato:

1. **Modalità diretta** da parte di:
 - a. Direzione del Distretto, per interventi di proattività a seguito di processi di stratificazione della popolazione;
 - b. AFT/UCCP attraverso obiettivi condivisi in risposta a bisogni clinico assistenziali di comunità in linea con la programmazione distrettuale;
 - c. Medici di ruolo unico delle cure primarie attraverso obiettivi condivisi in risposta a bisogni clinico assistenziali individuali in linea con la programmazione distrettuale;
 - d. infermiere dei servizi ambulatoriali, laddove venga individuato nel setting prestazionale un problema assistenziale in linea con la programmazione distrettuale.
2. **Attraverso la COT-D** da parte di:
 - a. Punto Unico di Accesso;
 - b. Medico specialista e/o direzione della CdC;
 - c. Case manager presente nell'Ospedale di Comunità, alla dimissione della persona assistita;
 - d. Ospedale/PS/TOH, in particolar modo con la Care Manager delle dimissioni difficili ospedaliere;
 - e. case manager di Percorso e PDTA;
 - f. Strutture territoriali per assistenza riabilitativa (ex art 26 Legge 833/78);
 - g. Servizi sociali;
 - h. RSA e Hospice;
 - i. Dipartimento di Prevenzione;
 - j. UCA;
 - k. NEA 116117.

Le attività assistenziali potranno essere erogate anche in modalità di teleassistenza.

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

Parimenti per persone prese in carico da altri servizi del territorio l'IFeC 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 IFeC e i medici di medicina generale/pediatri di libera scelta.

Inoltre, l'IFeC nello svolgimento delle proprie funzioni potrà interagire con altri professionisti sanitari e sociosanitari e operatori socio-sanitari, utilizzando gli strumenti informatizzati disponibili (cartella clinica territoriale, PAI, PRI, PEI...), nonché le usuali modalità di integrazione interprofessionale.

Il Dipartimento di Prevenzione potrà coinvolgere l'IFeC nelle iniziative di promozione e prevenzione della salute organizzate sul territorio.

3.2.2 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 IFeC nel processo di coproduzione con i cittadini potrà contribuire all'esame dei punti di forza e delle reti della comunità oltre che dei bisogni.

3.2.3 Strumenti di assessment

Nel momento in cui l'IFeC viene a contatto con una persona da prendere in carico, ne valuta le condizioni utilizzando appositi strumenti di assessment.

L'IFeC utilizzerà strumenti validati, utili alla identificazione del bisogno sanitario e assistenziale in persone con fragilità, scarsa aderenza ai trattamenti terapeutici, scarso livello di engagement.

In ogni caso, a prescindere dallo strumento utilizzato, il set minimo di informazioni da acquisire sulle condizioni di vita e di salute da parte dell'IFeC dovranno essere:

- Dati anagrafici (tra cui: nascita, residenza, titolo di studio, attività professionale)
- Anamnesi familiare (tra cui: membri prossimi della famiglia, relazioni di prossimità, presenza di caregiver, ecc.)
- Ambiente di vita (descrizione dell'abitazione)
- Anamnesi personale prossima e remota (include tra l'altro: documentazione clinica, quadro nutrizionale, patologie, terapie, allergie, quadro vaccinale, programmi di screening, inserimento in PDTA e tutti i dati utili in questo senso)
- Valutazione delle condizioni mediante somministrazione di specifiche strumenti: autonomia ADL, adesione alle prescrizioni terapeutiche e tutte le valutazioni in questo senso
- Eventuali servizi già attivati o attivi

3.2.4 Piano di assistenza individualizzato e progetto di salute

Il DM 77/2022 definisce il Progetto di Salute come "il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, in raccordo con i servizi sociali, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSN, alimentando in modo coerente e tempestivo il relativo FSE."

Il Progetto di Salute rappresenta per l'IFeC lo strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico.

Il progetto verrà redatto congiuntamente all'utente/caregiver al primo appuntamento e rielaborato con il MMG/PLS, laddove si preveda un intervento di natura sanitaria (programma terapeutico) ovvero integrato con i servizi sociali e socioassistenziali, nelle situazioni in cui prevalga tale bisogno.

Pertanto in base ai bisogni assistenziali, l'infermiere di famiglia e comunità assolve le azioni di presa in carico, divenendo il riferimento diretto del paziente e/o caregiver.

Il livello di attività è determinato dal livello di stratificazione del rischio dei suoi assistiti e dal progetto di salute.

Concorrerà, in particolare, a contrastare l'istituzionalizzazione e la «fragilità» attraverso l'educazione e il supporto dei pazienti al self management.

3.2.5 Monitoraggio degli esiti

Con l'introduzione dei IFeC si attendono i seguenti risultati:

- 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 IFeC;
- riduzione delle riammissioni in ospedale a 30 giorni da parte degli assistiti presi in cura;
- miglioramento dei processi di continuità assistenziale tra gli assistiti target dell'infermieristica di famiglia e 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 carico;
- miglioramento dell'integrazione socio-sanitaria e coinvolgimento degli attori dell'ambito comunitario di riferimento.

3.2.6 Indicatori di processo e di esito per il futuro

- % di utenti che si recano agli appuntamenti programmati sul totale pazienti arruolati nei PDTA;
- % di utenti che ricevono le vaccinazioni secondo i calendari;
- % di utenti che aderiscono agli inviti dei programmi di screening;
- % di utenti non aderenti alla terapia/terapie prescritte;
- % di utenti con 1 o più episodi di ricovero evitabili;

- % di utenti i cui valori ematochimici risultano alterati rispetto alla patologia/e di cui sono affetti;
- % di utenti che acquisiscono competenze di automonitoraggio.

Questi indicatori di esito valutano l'impatto degli interventi dell'IFeC all'interno dei setting nei quali opera considerando, naturalmente, che modifiche importanti di questi valori dipendono dall'operato complessivo di diversi professionisti, in diversi servizi e ambiti. La progressiva attivazione sul territorio regionale dell'IFeC permetterà di definire, alla luce di un'osservazione longitudinale, ulteriori indicatori di processo ed esito.

Il responsabile della verifica delle attività dell'IFeC è attribuito al titolare della funzione organizzativa – assistenza infermieristica percorso territoriale.

Attualmente è stato predisposto un file per la rendicontazione delle attività svolte dai singoli IFeC della Asl di Rieti, che verrà integrato con i dati necessari per il calcolo degli indicatori sopra menzionati e aggiornato in risposta a ulteriori indicatori di processo ed esito che si delineeranno nel tempo con implementazione dell'attività dell'IFeC.

Dal momento in cui verrà implementata la rendicontazione sulla piattaforma regionale SIATESS, la UOSD Sistemi Informativi Sanitari provvederà ad inviare al titolare della funzione organizzativa – assistenza infermieristica percorso territoriale i dati di attività per consentire un'accurata valutazione del raggiungimento degli indicatori, in modo che lo stesso possa effettuare audit al fine di mettere in atto azioni di miglioramento, qualora necessarie.

3.3 Cronoprogramma attività

Si propongono alcune attività per favorire l'inserimento dell'IFeC nel contesto delle cure primarie:

1. Realizzazione di progetti per la promozione delle attività e funzioni svolte attraverso:
 - Riunioni, i social e il sito aziendale;
 - Realizzazione di materiale informativo;
2. Presentazione a:
 - servizi sociali comunali;
 - MMG delle forme organizzative/aggregative della medicina generale collegate alla casa della comunità,
 - farmacie dei servizi del territorio,
 - PLS;
 - Hospice;
 - RSA, etc...
3. associazioni di volontariato che interagiscono con utenti anziani e fragili.
Valutazione attività svolta e analisi criticità;
4. Implementazione e verifica eventuali azioni di miglioramento.

ID	Task	Inizio	Fine	Durata (gg)	% Completamento
1	Progetti di promozione IFeC				
1,1	Riunioni	2024-09-01	2024-12-31	121	100%
1.1.1	Pubblicità su social e sito web	2024-09-01	2024-12-31	121	100%
2	Materiale informativo				
2,1	Realizzazione materiale informativo(flyer, Brochure, etc...)	2024-09-01	2024-12-31	121	5%
3	Avvio ed esecuzione del progetto				
3,1	Presentazione MMG, Servizi Sociali Comunali, PLS, Farmacie, associazioni, etc...	2025-01-01	2025-03-31	89	0%
4	Performance / Monitoraggio del progetto				
4,1	Valutazione attività svolta	2025-01-01	2025-03-31	89	0%
4,2	Monitoraggio azioni di miglioramento	2025-01-01	2025-12-31	364	0%
5	Formazione				
5,1	Formazione Regione Lazio	2024-09-01	2025-06-30	302	0%
5,2	Formazione Interna	2025-09-01	2025-12-31	121	0%