

Allegato 1

“INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ”

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

1-Premessa

L'invecchiamento della popolazione e il conseguente incremento delle malattie croniche ovvero la necessità di aiutare le persone a vivere nel proprio domicilio il più possibile, garantendo un aiuto nella vita di tutti i giorni, risulta essere un obiettivo fondamentale del modello di cure primarie.

La riorganizzazione del sistema di Cure Primarie in atto nella Regione Toscana ha come punto di forza gli elementi costitutivi del Chronic Care Model in cui la gestione dei pazienti con una o più condizioni di cronicità è affidata ad un team multi professionale nel quale operano il MMG, l'Infermiere di Famiglia e Comunità e vari professionisti a seconda delle specifiche esigenze dell'assistito; è previsto che il suddetto team operi in stretta collaborazione con la Medicina di Comunità, attori del settore sociale, risorse comunitarie varie per le necessarie connessioni di tipo socio - economico – culturale.

La delibera di Regione Toscana 597/2018 fornisce gli indirizzi per sviluppo di un modello assistenziale infermieristico orientato alla famiglia e alla comunità la cui caratteristica finalità, considerata centrale da molti anni a livello nazionale e internazionale, 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.

Nel territorio, si percepisce forte l'esigenza di una migliore sincronia tra le attività specifiche dei vari professionisti, obiettivo che può essere raggiunto solo attraverso la consapevolezza che le competenze delle diverse figure professionali devono integrarsi e interagire in modo che il paziente e la sua famiglia percepiscano un servizio che, con il loro consenso, si dimostri costantemente proattivo nel trasformare domande di salute, espresse e non espresse, in bisogni sanitari e socio-sanitari a cui dare risposte appropriate ed integrate (sia in termini di prevenzione, diagnosi, terapia, cura, assistenza e riabilitazione).

L'ambito domiciliare è il contesto preferenziale in cui perseguire gli obiettivi di salute dei singoli e delle famiglie. In assenza di un sistema di cure così concepito, l'ospedale, infatti, diventa spesso l'unico punto di accesso al sistema sanitario, con conseguenze negative per la qualità di vita degli assistiti che potrebbero e preferirebbero essere curati a casa e problemi organizzativi per la congestione delle attività ospedaliere.

Il tema della qualità di vita e il vissuto di malattia della persona risulta un obiettivo assistenziale fondamentale; in questo senso diventa necessario sviluppare un modello assistenziale che tragga fondamento dall'esperienza del singolo e che sia orientato alla sua prospettiva di salute tenendo

conto del contesto socio-familiare-abitativo. In questa ottica, è di fondamentale importanza anche la bontà della relazione tra operatore sanitario e paziente e tra gli stessi operatori sanitari di diversa professionalità.

2- Modello organizzativo

L'ambito di riferimento territoriale dell'infermiere di famiglia e di comunità è importante elemento a supporto dell'organizzazione e prevede l'assegnazione di quote di assistiti agli infermieri secondo un criterio geografico di ripartizione del territorio che si allinei il più possibile con l'attuale assetto dei Distretti Socio Sanitari Integrati/Case della Salute/AFT e che possa ottimizzare gli aspetti logistici dell'assistenza domiciliare (trasferimenti, tempi di percorrenza, itinerari logici, mezzi di trasporto, tempo lavoro). In alcune zone dell'Azienda USL Toscana Asl Nord Ovest, dove coincidono AFT, Distretto e Comune, potremmo avere la presenza di più team all'interno di una stessa AFT/Distretto/Comune; in altri casi, dove si ritrovano più AFT per singolo Distretto e in altri casi ancora più Distretti per singola AFT, potremmo avere la presenza di un unico team a cavallo di più AFT/Distretti/Comuni (**territorialità**). In generale il modello organizzativo territoriale proposto prevede delle reti e delle articolazioni organizzative che dovranno sempre più avvicinarsi alla singola realtà al fine di permettere a tutti gli attori di interagire con i vari soggetti e le risorse della comunità; i principi concettuali citati saranno alla base dell'organizzazione del modello infermieristico territoriale. Il modello di Infermieristica di Famiglia e di Comunità proposto nasce da queste premesse e si articola attraverso un modello basato su alcuni concetti portanti tra cui quello della prossimità con la persona e il suo contesto di riferimento sociale. Solo conoscendo l'ambiente di vita (famiglia, comunità) della persona, infatti, è possibile condividere con il paziente aspettative, obiettivi di salute e percorsi di cura. L'infermiere di famiglia e di comunità orienta le persone e famiglie nella complessa rete dei servizi territoriali presenti in uno specifico territorio di riferimento facilitandone l'accesso appropriato e tempestivo. In tal modo permette a tutti gli utenti, e in particolare a quelli con difficoltà socio-economico-culturali, di accedere facilmente ai servizi socio-sanitari territoriali, contribuendo così all'equità del sistema di cure (**accessibilità-equità**).

L'intercettazione precoce dei bisogni attraverso la valutazione multidimensionale e la multiprofessionalità del modello, garantiscono proattività d'intervento, continuità di cura, partecipazione attiva della persona al percorso di salute. Il coinvolgimento di risorse della comunità (associazioni di volontariato, associazioni di patologia, famiglie, care giver, pazienti esperti, ecc) è, più di ogni altro, elemento distintivo del modello: l'infermiere di comunità agisce su uno specifico territorio conoscendone la rete dei servizi e le risorse della comunità ed è riferimento per quel bacino di assistiti di cui conosce i bisogni di salute (**proattività-intercettazione del bisogno**)

3-Progettazione

Dal punto di vista progettuale si individuano le seguenti fasi:

3.1 Fase coordinamento gruppo di lavoro

- a) Costituzione del gruppo di lavoro e del gruppo di progetto
- b) Individuazione degli obiettivi e delle essenzialità progettuali
- c) Incontri dei gruppi

3.2 Fase Progettazione

- a) Fase di analisi del contesto e del modello organizzativo infermieristico territoriale: caratteristiche, team/risorse, strumenti
- b) Individuazione delle AFT pilota
- d) Progetto formativo, programmazione didattica, accreditamento
- e) Predisposizione strumenti e metodi di sviluppo del progetto (scale di valutazione, esemplificazione di casi clinici, criteri di attivazione della consulenza, brochure, vademecum)
- f) Incontri condivisione/diffusione: Regione, Direzione Aziendale, Dipartimenti MMG e Rete dei Dipartimenti territoriali (Dipartimento della Sanità territoriale e Dipartimento della Prevenzione), Ordini professionali, OOSS
- g) Individuazione Indicatori

3.3 Fase pre-avvio (operatività zonale)

- a) Focus risorse
- b) Definizione riferimenti territoriali (popolazione, casistica)
- c) Identificazione rete dei servizi/creazione Vademecum
- d) Implementazione degli strumenti di informazione/registrazione
- e) Incontro con MMG di AFT
- f) Adeguamento dei mezzi di telefonia mobile
- g) Creazione della rete dei consulenti
- h) Definizione delle modalità operative per attivare i consulenti
- i) Incontri condivisione zonali con Direttore Zona Distretto/ Direttore SdS, Coordinatore Sanitario di Zona, Responsabile UF Cure Primarie, MMG coordinatore AFT, PO territorio e infermiere coordinatore. Incontri con Sindaci e Consulta terzo settore.
- j) Organizzazione tecnica corsi (sedi, materiale, logistica) e gestione del personale per garantire la partecipazione (teorica e OTJ)
- k) Formazione teorica-stage-on the job (a 1 mese prima inizio sperimentazione)
- l) Individuazione e condivisione della data inizio sperimentazione

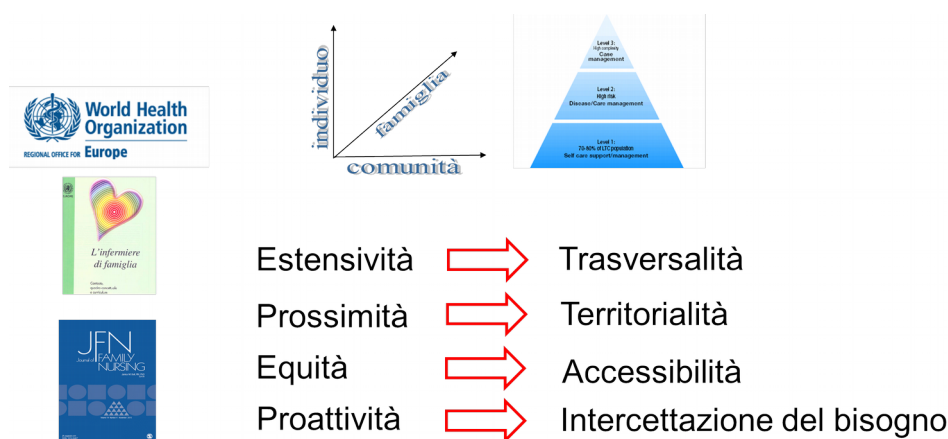
3.4 Avvio progetto pilota

3.1 Fase coordinamento gruppo di lavoro

La fase di coordinamento ha previsto:

- Costituzione del gruppo di lavoro e del gruppo di progetto:* il gruppo è costituito dal Direttore di Dipartimento, i Direttori UOC/UOS/UF e alcuni esperti del modello organizzativo.
- La definizione di un calendario di incontri mensili*
- L'individuazione delle **MILESTONES** (figura 1), **OBIETTIVI** ed essenzialità del modello assistenziale

figura 1: Milestones



“Essenzialità progettuali”

L'applicazione del suddetto modello necessita di un forte cambiamento culturale da parte di ciascun infermiere, e del sistema organizzativo nel suo insieme; in particolare:

- sviluppo di competenze estensive e trasversali per dare risposte globali ai bisogni di salute
- orientamento alla famiglia e alla comunità per la mobilitazione di risorse
- passaggio da un modello per compiti e prestazioni, ad uno basato sulla presa in carico, personalizzato in funzione dei bisogni del paziente e orientato ai risultati di salute e benessere.

Dal punto di vista dell'organizzazione occorre passare da una logica di separazione delle competenze, in cui i servizi operano distintamente l'uno dall'altro (organizzazione per silos), ad una logica integrata in cui il tracciante comune sia rappresentato dal percorso di cura. In tal senso l'Infermiere di comunità costituisce un elemento di facilitazione nella transizione del paziente attraverso i vari servizi e le fasi di malattia.

Nel riconoscere che il modello organizzativo deve essere orientato alla definizione, progettazione e condivisione di Piani Assistenziali Personalizzati, si condivide un approccio multi-professionale alla risoluzione dei problemi di salute e ai bisogni assistenziali della singola persona nella sua globalità e in relazione al proprio contesto di vita. Tale approccio non può prescindere da un'efficiente integrazione professionale, una costante condivisione di obiettivi ed una efficace comunicazione tra i professionisti coinvolti, ovvero il medico di

famiglia, l'infermiere di famiglia e di comunità, il medico specialista, il medico di comunità, gli assistenti sociali, i professionisti della riabilitazione.

In considerazione delle caratteristiche del modello si individuano alcuni elementi essenziali da sviluppare nell'ambito del progetto:

- Sviluppo delle Competenze e Formazione

Essendo le competenze diffuse richieste al futuro Infermiere di Famiglia/Comunità, avanzate e diversificate, è necessario prevedere un percorso formativo al fine di consolidare il ruolo professionale; nella fase di avvio del modello progettuale è necessario pertanto organizzare il lavoro degli Infermieri presenti in Cure Primarie in modo tale da prevedere un impegno diversificato degli infermieri, circa le funzioni di impostazione, attuazione, monitoraggio del PAI, erogazione di cure domiciliari occasionali/ cicliche prestazionali. La fase di sperimentazione del modello richiede, cioè, di impegnare una parte degli infermieri di cure primarie nel ruolo di Infermiere di Famiglia/Comunità (redazione, attuazione PAI) ed una parte nell'erogazione di prestazioni scaturite dai PAI e di cure domiciliari occasionali o cicliche. Terminata la fase di sperimentazione ed il percorso formativo ad hoc, il modello confluirà verso l'impegno diffuso del ruolo di Infermiere di Famiglia/Comunità se pur talune attività prestazionali/occasionalità potranno essere affidate ad altri soggetti erogatori.

(N.B. sarebbe interessante sviluppare un percorso formativo integrato, in modo da dare, già in questa fase, l'impressione di un lavoro di squadra, favorendo la buona relazione tra i professionisti)

- Azioni per garantire il monitoraggio proattivo

L'infermiere di famiglia, con l'eventuale aiuto dell'OSS, realizzerà un programma di monitoraggio avvalendosi delle risorse della comunità. L'attivazione delle risorse comunitarie è elemento essenziale per la proattività del modello. Infatti il monitoraggio degli assistiti mediante visite domiciliari, follow up telefonici, telemedicina, l'educazione dei care giver, i programmi di supporto all'autocura consentiranno l'intercettazione precoce dei bisogni di salute, l'accesso tempestivo ed appropriato ai vari servizi presenti sul territorio e contribuirà alla riduzione di complicanze, riacutizzazioni di malattie croniche, accessi ospedalieri e conseguenti terapie.

- Pianificazione multiprofessionale

Le attività svolte dall'infermiere di famiglia, dovranno essere pianificate secondo una logica multiprofessionale garantita attraverso piani assistenziali personalizzati al fine di rispondere al bisogno globale del singolo assistito, superando così la pregressa logica tipicamente prestazionale.

L'attività degli infermieri dovrà prevedere una maggiore domiciliarità e continuità anche nella complessità; gli infermieri dovranno partecipare alla redazione e attuazione del PAI

(piano assistenziale individualizzato) con il MMG e le altre professionalità aziendali coinvolte.

L'interfaccia con le AFT, ovvero con il Coordinatore dell'AFT (MMG), è rappresentato dal punto di vista organizzativo dall'Infermiere Coordinatore dell'area geografica di riferimento.

Ciascun assistito avrà due importanti riferimenti: il Medico di Famiglia, liberamente scelto sulla base di un rapporto fiduciario diretto e l'infermiere di famiglia (costituiti in team d'infermieri) dell'area geografica in cui risiede.

- Sistema delle consulenze

Questo nuovo approccio spinge l'organizzazione al superamento dell'attuale sistema delle competenze organizzato per "silos" cioè aree assistenziali delimitate (cure palliative, sanità di iniziativa, cure domiciliari integrate e prestazionali) verso un modello orientato alle persone e alla globalità dei loro bisogni.

Per rispondere alla nuova logica assistenziale, una volta individuate le "competenze diffuse" che rappresenteranno il normale patrimonio di tutti gli infermieri delle cure primarie, saranno attivabili alcune competenze specifiche necessarie a garantire "risposte" all'alta complessità, secondo criteri e strumenti omogenei, condivisi e basati su evidenze scientifiche:

- gestione stomie
- nutrizione /PEG
- inserzione/gestione PICC/Midline
- complessità pediatrica
- prevenzione/trattamento lesioni difficili (wound care)
- ventilazione assistita a domicilio
- palliazione, cure fine vita
- sindromi geriatriche
- programmi di autogestione delle malattie croniche (CDSMP Stanford U.)
- salute mentale e dipendenze
- altro.....

Queste particolari "risposte" saranno garantite attraverso la richiesta di consulenze/attività che verranno erogate da infermieri dell'ambito ospedaliero ovvero da pool infermieristici territoriali presenti ai vari livelli dell'organizzazione (UOS, UOC, Dipartimento/Azienda).

Gli infermieri consulenti sia ospedalieri che territoriali, di UOS e UOC non saranno di norma dedicati alla specifica funzione, ma continueranno la loro regolare attività nelle articolazioni aziendali in cui sono assegnati; gli infermieri esperti del livello Dipartimento/Azienda potrebbero invece essere dedicati alle attività specifiche. *L'erogazione delle consulenze/attività* (di natura tecnica, valutativa o educativa) può prevedere diversi rapporti infermiere/paziente; esempio

gestione di lesione complessa rapporto 1:1, gestione di gruppo di pazienti per supporto all'autocura 1:15

L'Infermiere di Famiglia/Comunità, oltre ad attivare le suddette consulenze infermieristiche specialistiche, svolgerà un ruolo attivo rispetto alla richiesta di consulenze di tutte le altre professioni sanitarie in base allo specifico bisogno di salute individuato o potenziale. Al fine di stabilire il livello organizzativo a cui i vari infermieri esperti dovranno essere collocati e il loro numero (SOS, SOC, ecc), sarà prevista una attività di analisi delle variabili e dei dati di attività rispetto a competenze presenti in azienda, volumi e frequenza di attività, livello di complessità, tempistica della risposta, incidenza e prevalenza dei casi, strumenti/tecnologie/informatizzazione, ed altro. Dall'eventuale gap tra fabbisogno stimato e le competenze disponibili in azienda, saranno pianificati percorsi formativi ad hoc privilegiando la formazione on the job rispetto alla tradizionale formazione d'aula.

3.2 Fase Progettazione

a) Analisi del contesto territoriale e organizzazione infermieristica territoriale

Gli assistiti residenti nel territorio della USL Toscana Nord Ovest sono circa 1.500.000 suddivisi nelle 10 zone distretto. Il territorio di Area Vasta è molto difforme e caratterizzato da una diversa densità abitativa e diversa percentuale di popolazione in comuni montani.

In Toscana, come nell'azienda AUSL Toscana Nord Ovest, le condizioni croniche più frequenti sono quelle cardiovascolari (che interessano il 33% dei toscani), seguite dal diabete, circa 250mila (8%), dalla BPCO (7%) e dalle malattie neurodegenerative (2%, principalmente demenze e parkinsonismi). Tra le persone che hanno più di una tipologia di malattia cronica, tra le quattro individuate, la combinazione più frequente riguarda le patologie cardiovascolari e il diabete o la BPCO. Nel complesso, sono più numerose le persone con almeno due malattie croniche di quelle con soltanto una malattia cronica: la condizione cronica più frequente è quindi la multimorbosità.

L'offerta inf.ca è organizzata per funzioni in modo difforme nei vari territori della AUSL Toscana Nord Ovest come emerge dalla analisi della situazione attuale.

b) Individuazione delle AFT pilota

Le AFT sono individuate dal gruppo di coordinamento attraverso una valutazione puntuale di vantaggi/svantaggi- criticità/opportunità in generale i requisiti maggiormente rappresentativi sono: corrispondenza territoriale, in termini di definizione di confini, tra AFT ed i suoi assistiti ed il territorio di sperimentazione.

Lunigiana Comune di Fivizzano: [entro 2020](#)

Apuane Comune di Montignoso: [entro 2020](#)

Versilia Comune di Viareggio: [AFT Viareggio 1 entro 2020 e AFT Tabarracci avvio gennaio 2021](#)

Valle del Serchio Comuni di Piazza al Serchio, Minucciano, Sillano – Giuncugnano, S. Romano Garfagnana, Camporgiano: [Piazza al Serchio, Minucciano, Sillano – Giuncugnano entro 2020; S. Romano Garfagnana, Camporgiano da gennaio 2021](#)

Piana di Lucca Comuni di Lucca, Capannori, Porcari, Altopascio, Villa Basilica, Montecarlo, Pescaglia: [AFT Capannori e Francigena avvio luglio/agosto 2020; Comuni di Lucca e Pescaglia entro 2021](#)

Alta Val di Cecina – Val di Era Comuni di Bientina, Ponsacco: [AFT Bientina entro 2020 e AFT Ponsacco avvio gennaio 2021](#)

Pisana Comune di Pisa: [Marina di Pisa, Centro Edilizia Popolare, La Vettola, San Piero entro 2020; Pisa Città da gennaio 2021](#)

Livornese Comune di Livorno, Isola di Capraia e Comune di Collesalveti: [Livorno centro avvio luglio/agosto 2020; Isola Capraia entro 2020, Comune di Collesalveti entro 2020 \(compresa frazione Stagno\)](#)

Valli Etrusche Comuni di Guardistallo, Campiglia, Suvereto, San Vincenzo, Monteverdi, Sassetta: [Guardistallo entro 2020; Campiglia, Suvereto, San Vincenzo, Monteverdi, Sassetta da gennaio 2021](#)

Elba Elba Occidentale (Comuni di Marciana Marina, Marina di Campo): [Comune di Marina di Campo entro 2020; Comune di Marciana Marina da gennaio 2021](#)

c) Definizione del progetto formativo, programmazione didattica, accreditamento

Il percorso formativo prevede:

- *Prima sessione formativa*: rivolta a tutti gli infermieri delle zone sperimentali
- *Stage presso altre ASL in cui il modello è già attivo* (5 giorni)
- *Seconda sessione formativa*: rivolta a tutti gli infermieri delle zone sperimentali
- *Training on the job*: da completare entro i 6 mesi successivi alla conclusione della formazione + stage nella zona di sperimentazione

d) Predisposizione strumenti e metodi di sviluppo del progetto (scale di valutazione, esemplificazione di casi clinici, criteri di attivazione della consulenza, brochure, vademecum)

Il modello si basa un approccio globale, multidimensionale, per questo motivo sono stati individuate delle strumenti valutativi a supporto del professionista per l'accertamento e l'individuazione delle problematiche assistenziali.

Segue un dettaglio sintetico degli strumenti individuati (tabella 1)

tabella 1- Strumenti valutativi

<i>Dimensioni socio – sanitarie</i>	<i>Strumenti</i>	<i>Interpretazione</i>
Ambiente (barriere)	Items scheda di accertamento	Rilevazione presenza barriere, luogo isolato, ecc
Rete familiare	Items scheda di accertamento	Valutare le risorse familiari e d intraprendere il percorso di presa in carico della famiglia
Vita sociale di relazione, occupazione giornaliera	Items scheda di accertamento	Riguarda l’apertura verso l’esterno, le relazioni con gli altri, le interazioni con l’ambiente, gli eventi della vita e, soprattutto, valuta l’adattamento e la socialità.
Cognitività	Pfeiffer	Valuta gli aspetti psichici che guidano il soggetto nei comportamenti e quindi le risorse cognitive, emotive e comportamentali
Affettività e comportamento e soddisfazione	Scala UVM comportamento/affettività PWI (Personal Wellbeing Index)	
Funzione	Barthel-IADL	Valuta la capacità di vivere autonomamente.
Dolore	Numerica (NRS)	Valutazione del dolore
Rischio udp Stadiazione udp	Braden Push tool	Valuta il rischio di UPD e Stadia le UPD presenti
Fragilità cadute	Conley	Valutare il rischio disabilità e cadute
Stili di vita: attività fisica, fumo, Stato nutrizionale e alimentazione	Pre –test Modello IDEA MUST	Valutazione stili di vita Rischio Malnutrizione
Cure palliative	Karnofsky	Indicatore di performance nei soggetti in percorsi di cure di fine vita
Ausili	Items scheda di accertamento	Valutazione della presenza e corretto utilizzo dei presidi necessari
Aderenza terapeutica	Morisky (MMAS Morisky Medication Adherence Scale)	Misura il grado di effettiva coincidenza tra il comportamento individuale del paziente e le prescrizioni terapeutiche

Le scale supportano il professionista anche nell’individuazione delle problematiche complesse al fine di attivare le consulenze.

e) *Incontri condivisone/diffusione: Regione, Direzione Aziendale, Dipartimenti MMG e Rete territoriale, Ordini professionali, OOSS*

Una serie di incontri strategici ed organizzativi hanno preceduto la sperimentazione del modello in modo da condividere e diffondere la progettualità ed evidenziare, nella logica della visione comune, possibili integrazioni progettuali.

f) Individuazione e monitoraggio indicatori

Gli indicatori definiti dal progetto sono in parte definiti dalla delibera di regione toscana ed in parte sviluppati dal Dipartimento Infermieristico per monitorare il progetto sperimentale.

In particolare RT individua i seguenti indicatori:

1. Area qualità del processo

1.1 Formazione

Indicatore: numero operatori formati/ totale operatori coinvolti nel modello assistenziale IFC nelle zone di avvio del modello assistenziale ■ Valore target: 90%

2. Area integrazione

2.1 Livello di integrazione

Indicatore: Numero casi condivisi e discussi con MMG/ Numero totale pazienti presi in carico IFC

Valore target: monitoraggio del dato 2018-2019 per individuazione del valore target

3. Area di impatto

3.1 Riconoscimento - prossimità IFC – assistito/famiglia

Indicatore: numero assistiti presi in carico che hanno individuato IFC/ totali assistiti della zona di avvio del modello

Valore target: 90%

3.2 Riduzione delle chiamate inappropriate al 118

Indicatore: numero chiamate inappropriate al 118 da parte dei pazienti presi in carico durante l'orario di presenza dell'IFC /numero chiamate 118 ■ Valore target % inferiore al corrispettivo tasso calcolato prima dell'implementazione del modello assistenziale IFC

La valutazione sarà fatta alla conclusione del percorso formativo - **tempo 0 - e a 12 mesi dall'avvio** del progetto.

In integrazione la valutazione della fase pilota sarà affiancata da:

- *Monitoraggio fase pilota*

Durante la fase pilota è strutturato un punto di segnalazione dei problemi senza risposta da parte dell'IFC. Tale monitoraggio permette di rilevare le criticità del sistema, gap formativi, correttivi.

- *Valutazione da parte IFC*

A 3 mesi dall'inizio della fase pilota l'IFC dovrà indicare i punti di forza e di debolezza del nuovo modello.

3.3 Fase pre-sperimentale (operatività zonale)

Nella fase pre-avvio ogni responsabile di struttura semplice/complessa inf.ca realizza una serie di azioni propedeutiche alla fase pilota del modello.

- a) Focus risorse: quantificazione quali-quantitativa delle risorse presenti sul territorio
- b) Definizione riferimenti territoriali (popolazione, casistica): suddivisione del territorio, attraverso un sistema di rappresentazione geografica (visual), secondo i rapporti di 1 Infermiere ogni 3000 assistiti che tenga conto anche della densità abitativa e delle caratteristiche dei pazienti presenti su quel territorio
- c) Identificazione rete dei servizi/Creazione Vademecum: identificazione visual della rete dei servizi e creazione di un vademecum informativo per IFC
- d) Implementazione degli strumenti di informazione/registrazione: adeguamento della documentazione
- e) Incontro con MMG di AFT: l'incontro territoriale con i MMG di riferimento è molto importante per strutturare un metodo di lavoro multiprofessionale e integrato
- f) Adeguamento dei mezzi telefonia mobile per garantire una maggiore accessibilità del servizio
- g) Creazione della rete territoriale dei consulenti. Monitoraggio dei bisogni e successivo adeguamento della rete.
- h) Definizione delle modalità operative per attivare i consulenti. In generale in caso di visita domiciliare il consulente si reca congiuntamente con IFC utilizzando i mezzi aziendali.
- i) Incontri condivisione zonali con Direttore Zona Distretto/ Direttore SdS, coordinatore AFT, PO territorio e infermiere coordinatore. Incontri con Sindaci e Consulta terzo settore. Gli incontri favoriscono a livello locale la diffusione e la condivisione del modello assistenziale.
- j) Organizzazione tecnica corsi (sedi, materiale, logistica) e gestione del personale per garantire la partecipazione (teorica e OTJ)
- k) Formazione teorica-stage-on the job (effettuata 1 mese prima inizio sperimentazione)
- l) Individuazione della data inizio sperimentazione stabilità in presenza dei presupposti operativi della fase di pre-sperimentazione.
- m) Individuazione delle AFT per l'implementazione

Il gruppo di progetto garantisce supporto nello svolgimento dell'operatività territoriale per gli incontri di presentazione del modello, la formazione, la discussione dei primi casi. Rispetto alle azioni è strutturato un sistema di monitoraggio costante definito dal gruppo di progetto .

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FERRI GIAN LUIGI

DATA FIRMA: 19/11/2020 19:44:47

IMPRONTA: 63306666383339656538636665653138313236626265376465653239633339356432343162363063