

2° CONGRESSO NAZIONALE FNOPI
MAGGIO-DICEMBRE 2021

ON THE ROAD

Con il patrocinio di
Ministero della Salute

9-10 LUGLIO 2021
BOLOGNA
PADOVA
UDINE
TRENTO
BOLZANO

OVUNQUE
per il **BENE**
di **TUTTI**

Infermieristica di prossimità
per un sistema salute più giusto ed efficace

FNOPI

VETTORE UFFICIALE
TRENITALIA
GRUPPO FERROVIE DELLO STATO ITALIANO

NORD EST - TERZA TAPPA DEL CONGRESSO NAZIONALE ITINERANTE 2021 FNOPI LE BUONE PRATICHE INFERMIERISTICHE PREMIATE

EMILIA ROMAGNA



Montagna solidale (Piacenza)

L'Azienda USL di Piacenza ha proposto una ricerca-intervento sugli anziani, over 74, non conosciuti dai servizi socio-sanitari e residenti nelle montagne piacentine. Il progetto sperimentale, a partire da un'azione di screening, è stato attivato per conoscere e rispondere concretamente ai bisogni socio-sanitari della popolazione anziana residente nei comuni di montagna della provincia di Piacenza (Farini, Ferriere, Bettola e Morfasso Corte Brugnatella, Cerignale, Ottone, Zerba Pecorara, Coli, Bobbio della provincia piacentina). È

stata costituita una équipe multi-professionale composta da infermiere del territorio, fisioterapista e assistente sociale che ha garantito un accertamento *face to face*, supportato da strumenti di valutazione dello stato di fragilità e del bisogno socio-sanitario validati. Con conseguente presa in carico della persona se necessario. La sperimentazione si è conclusa, dopo 931 visite effettuate, con la definizione di una mappa della fragilità socio sanitaria, costituita con supporto informatico, da cui si evince la presenza prioritaria di determinanti sociali di fragilità che minacciano ed intervengono sulla salute dell'anziano.

Infermieri di Famiglia e Comunità (Castelnuovo Monti)

Dal 2018 è attivo un progetto di Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) nel territorio di Castelnuovo Monti e in particolare nelle aree lontane dai principali centri di offerta di servizi essenziali (salute, istruzione, mobilità collettiva) ma con disponibilità elevata d'importanti risorse ambientali e culturali. Un'azione denominata "la montagna del latte" con un intervento sulle aree: sanità, mobilità, agro-alimentare, turismo sostenibile e istruzione. Tre IFeC hanno iniziato ad intervenire nei comuni di Ventasso e Villa Minozzo: aree dove è molto bassa la densità di popolazione e molto elevata la percentuale di ultra sessantacinquenni.



Sono oltre 700 i cittadini assistiti sino ad oggi e gli infermieri, collaborando con i medici di medicina generale e tutto il network sanitario, prevengono - grazie allo screening - la comparsa di malattie e sono di supporto nella gestione di malattie croniche.



Piazzetta dei Colori (Bologna)

La Piazzetta dei Colori è un progetto sperimentale dell'Azienda Usl di Bologna e del Comune - Area Welfare e Promozione del Benessere di Comunità - in collaborazione con il Quartiere San Donato San Vitale, attivo da aprile 2021 e dedicato specificatamente ad una comunità, costituita da circa mille persone, per migliorare la rete di relazioni sociali e contrastare il peggioramento delle condizioni di salute a causa della diminuzione del

potere di acquisto delle famiglie e della difficoltà ad orientarsi nella rete dei servizi sociali e sanitari. Per andare

incontro a queste persone è stato pensato un servizio di massima prossimità e integrazione tra il servizio sanitario e sociale. Un'infermiera e due assistenti sociali, una piccola equipe che assicura una presenza costante, per cercare insieme agli abitanti della piccola comunità di Piazza dei Colori soluzioni concrete e tempestive ai problemi di salute e socialità. L'obiettivo è conoscere le famiglie e i loro bisogni, essere riconoscibili dai residenti per svolgere un ruolo di orientamento e accompagnamento alla fruizione dei servizi, e interfacciarsi con le associazioni che lavorano su quel territorio per progettare insieme iniziative di promozione della salute.

Ambulatori infermieristici per la presa in carico di pazienti cronici (Bologna)

L'Azienda Usl di Bologna ha orientato la propria progettualità verso un modello centrato sulla presa in carico dei pazienti con patologia cronica. In questo contesto entrano gli ambulatori infermieristici territoriali per la presa in carico di pazienti cronici (AIC) prevalentemente collocati all'interno delle Case della salute o Poliambulatori.



L'assistenza ambulatoriale rivolta al paziente cronico è una forma di sorveglianza rivolta a persone che necessitano di interventi coordinati di assistenza infermieristica, riabilitativa e sociale. Negli ambulatori, l'infermiere assicura una pianificazione delle attività attraverso incontri periodici di follow-up, utilizzando protocolli e percorsi condivisi con il Medico di Medicina Generale (MMG). L'accesso a questi ambulatori avviene prevalentemente attraverso i percorsi previsti dai Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) presenti o tramite segnalazione diretta del MMG. L'obiettivo diventa individuare/accettare tempestivamente i pazienti a rischio o già con patologia per evitare complicanze ed una rapida evoluzione della malattia operando in sinergia con il medico di famiglia, gli specialisti e gli altri attori per la miglior gestione possibile del paziente cronico.



L'infermiere di Casa della Salute e del Nucleo Cure Primarie (Forlimpopoli)

La Casa della Salute e del Nucleo Cure Primarie di Forlimpopoli e Bertinoro è più di un edificio: è un vero e proprio modello assistenziale-organizzativo che raccoglie in sé, tutta l'assistenza al paziente cronico, le cure primarie e la medicina territoriale.

Sono stati attivati due ambulatori. Il primo è dedicato alla patologia cronica e si occupa della presa in carico e gestione condivisa con il Medico di Medicina Generale del paziente con patologia cronica (diabete, scompenso cardiaco e BPCO) con obiettivo di mantenere monitorata la persona ai fini di prevenire una instabilità di compenso con un'educazione terapeutica a utente e *caregiver*.

Il secondo ambulatorio è dedicato all'osservazione e alla terapia: accoglienza da parte di infermiere in Ambulatorio Osservazione Terapia ed è riservato ad un bacino circoscritto alla comunità di riferimento dei medici di medicina generale di quel territorio, con accesso diretto e/o programmato per problemi non prioritari di salute ma che necessitano di un intervento tempestivo (ad es. colica renale, piccoli traumi con suture, punture di insetti, odontalgie, faringiti, sindromi gastroenteriche, cistiti, distorsioni).

FRIULI VENEZIA GIULIA



Progetto ProCare (Udine)

Nell'assistenza sanitaria contemporanea, gli infermieri sono considerati utenti e generatori di evidenze a sostegno della loro pratica: come utenti possiedono competenze per cercare le evidenze disponibili e valutarle criticamente; come generatori, sono in grado di ricercare quesiti all'interno della loro pratica clinica di ogni giorno. A novembre 2018 a Udine è stato avviato il progetto "*ProCare - Hospitals and faculties together for prosperous and scientific based healthcare*" finanziato dalla Comunità Europea dal programma ERASMUS e in corso sino ad aprile 2022. Finalità *core* del progetto è potenziare la ricerca infermieristica migliorando sia la capacità di ricerca che la cooperazione fra università e ospedali, con l'intento finale di offrire cure infermieristiche a pazienti e famiglie coerenti alle migliori evidenze disponibili, migliorando gli esiti sui pazienti.



Il coordinatore distrettuale delle RSA convenzionate: una scelta strategica per la qualità dell'assistenza nella quarta età (Trieste)

Nella città di Trieste si contano circa 2.500 anziani in casa di riposo in cui trascorrono a volte anche quindici anni della loro esistenza. A seguito della specifica normativa, l'azienda sanitaria ha stipulato delle convenzioni con alcune di queste strutture, assicurando agli enti gestori delle strutture l'equivalente economico della dotazione di infermieri e fisioterapisti in rapporto agli standard previsti. Ma non solo: a fianco della mera rendicontazione economica, il servizio pubblico di Trieste ha offerto una serie di strumenti, a garanzia della qualità dell'assistenza erogata, strumenti che sono in mano alla figura del coordinatore infermieristico distrettuale dedicato alle residenze. Questa figura, inserita nei distretti una decina di anni fa, ha il ruolo di facilitatore di percorsi, nonché di supervisore/ auditor

delle strutture convenzionate. Accanto alla figura del coordinatore, vi è quella dell'infermiere *care manager* distrettuale, dedicato alle residenze non convenzionate che, oltre a dedicarsi alle attività infermieristiche previste dal PAI, attua una serie di interventi organizzativi a supporto dello staff della residenza, per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Infermiere di comunità: elemento strategico del welfare community (Palmanova)

Il progetto "Infermiere di Comunità" attivato a Palmanova si colloca nel più ampio panorama del welfare comunitario e consiste nell'attivazione di un servizio di assistenza infermieristica decentrato in ogni comunità, (uno o più comuni con 2.500-3.000 abitanti) attraverso la presenza di un infermiere dedicato e l'attivazione di un ambulatorio infermieristico. L'infermiere di comunità è il professionista che mantiene il più stretto contatto con il cittadino della propria zona di competenza e rappresenta la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica generale in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità ovvero MMG, assistente sociale, fisioterapisti, assistenti domiciliari etc., perseguendo l'integrazione interdisciplinare e ponendo al centro il cittadino. L'infermiere di comunità interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni varie, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto ai concittadini che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità a causa della malattia e contribuisce a costruire la rete del welfare di comunità.



TRENTINO ALTO-ADIGE



REGIONE AUTONOMA TRENINO-ALTO ADIGE
AUTONOME REGION TRENINO-SÜDTIROL
REGION AUTONOMA TRENIN SÜDTIROL

L'equipe del Centro Salute Mentale per l'Abitare Supportato (Bolzano)



Il progetto desidera accompagnare e sostenere le persone seguite dal Centro Salute Mentale di Bolzano nel proprio ambiente di vita.

Offrire una "vicinanza" professionale nella loro casa e nel quotidiano,

per favorire un benessere psico-sociale. Seguendo l'approccio della riabilitazione orientata al *recovery* si intende accompagnare gli utenti a migliorare il loro funzionamento personale e sociale acquisendo e consolidando abilità personali, strumentali e sociali per

vivere in autonomia. Il team infermieristico collabora attivamente con l'equipe dell'Azienda dei Servizi Sociali nella pianificazione delle prese in carico e nella valutazione dei bisogni di salute e di prevenzione stilando insieme obiettivi e interventi riabilitativi riconoscendo e valorizzando gli specifici ambiti professionali. Per essere vicini nel quotidiano e offrire assistenza all'autonomia intende conoscere e utilizzare al meglio i servizi offerti dall'intero sistema socio sanitario, riconoscendo e coinvolgendo l'intera rete di supporto anche con la formazione di *caregiver*. Gli interventi di psico-educazione potranno aumentare la consapevolezza, la *compliance* terapeutica, il senso di autostima ed efficacia per vivere in autonomia oltre a favorire una sempre migliore inclusione sociale.

AUTONOME PROVINZ BOZEN SÜDTIROL
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO ALTO ADIGE
PROVINCIA AUTONOMA DE BULSAN SÜDTIROL

La gestione multidisciplinare del paziente con scompenso cardiaco (Ala)

L'obiettivo del progetto è valutare la fattibilità di un modello che integra l'approccio multidisciplinare, basato sull'introduzione dell'Infermiere di Famiglia

e Comunità e su una forte integrazione ospedale-territorio (MMG e Cardiologi ospedalieri) avvalendosi anche di uno strumento di telemedicina quale l'APP TrecCardiologia per la gestione del paziente affetto da scompenso cardiaco. La presa in carico dei pazienti con scompenso cardiaco ha preso avvio dal mese di marzo 2021 e il progetto di ricerca avrà la durata di sei mesi. L'Infermiere di Famiglia e Comunità nell'ambito della Vallagarina proseguirà la sua attività avvalendosi anche dei risultati del progetto di ricerca ed estendendo la presa in carico ad altre tipologie di pazienti cronici,

quali pazienti con BPCO, IRC, Diabete. È prevista l'estensione del modello di presa in carico multidisciplinare del paziente cronico basato sull'introduzione dell'IfeC ad altri ambiti territoriali della Provincia di Trento.



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



Progetto “Change management” (Treviso)

Il progetto è nato per garantire ai professionisti sanitarie e sociali dell’Azienda ULSS2 – Marca Trevigiana una esperienza di formazione pluriennale per valorizzare il capitale umano e co-creare nuovi modelli assistenziali nei diversi *setting*, al fine di garantire ai cittadini cure in sicurezza, di qualità e di prossimità. L’obiettivo primario del *Progetto change management*, promosso dall’UOC Professioni Sanitarie ULSS2, è fornire strumenti operativi e strategie laterali ai professionisti sanitari e sociali dell’area comparto per gestire con consapevolezza ed intenzionalità la transizione e l’innovazione gestionale ed organizzativa. Dal 2019 ad oggi sono stati creati ogni anno diversi corsi di formazione, dalla gestione delle riunioni all’adozione di strumenti operativi per la gestione del cambiamento organizzativo, che hanno coinvolto ogni anno un centinaio di studenti del Corso di Laurea Magistrale delle Professioni Sanitari e del Corso di Laurea in Infermieristica.

Il contributo dell’infermiere del nuovo approccio alle demenze nella mappa web della Regione Veneto (Padova)

La demenza è una delle principali cause di disabilità e dipendenza. Ha un impatto significativo non solo sulle persone malate ma anche sul *caregiver*, sulle famiglie, la comunità e la società. Per la sua complessità richiede un nuovo modello di presa in carico, integrato, continuativo e multidisciplinare. Nel promuovere questo nuovo approccio è stata realizzata la *Mappa per le demenze: un sito regionale* (<https://demenze.regione.veneto.it>) in grado di orientare i pazienti, i familiari, i professionisti sanitari e sociosanitari nei percorsi più appropriati, un punto di incontro e scambio che, rafforzando la rete, aiuta a garantire continuità, omogeneità ed equità. La professione dell’infermiere, il cui contributo nell’ambito delle demenze è fondamentale e irrinunciabile, viene particolarmente valorizzata nella Mappa. Essere parte di una rete permette infatti all’infermiere di esprimere meglio le proprie potenzialità e favorire un cambiamento offrendo il suo sapere professionale in maniera consapevole e inclusiva svolgendo appieno le funzioni di promozione e prevenzione della salute, di assistenza tecnica, relazionale ed educativa. La *Mappa per le demenze* supporta l’infermiere nell’acquisizione della consapevolezza del valore aggiunto della professione nel nuovo modello di presa in carico, attraverso una visione di collaborazione trasversale che coinvolge anche altre figure professionali in un’ottica di superamento del ruolo a favore delle competenze.



Educazione terapeutica e addestramento famiglie e caregiver (Verona)

Tra i compiti del personale infermieristico delle cure domiciliari riveste una fondamentale importanza l’educazione terapeutica per aiutare le famiglie e i *caregiver* a collaborare attivamente alla realizzazione del percorso terapeutico della persona della quale si prende cura. Con la DGR n.1075 del 2017 della regione Veneto, sottolineando il ruolo dell’educazione del familiare/*caregiver* nell’assistenza a domicilio, nasce l’esigenza nell’ambito dei servizi di Cure Domiciliari e di Cure Palliative dell’ULSS9 Scaligera di definire le modalità di effettuazione della formazione del *caregiver* e i criteri omogenei per la verifica delle competenze raggiunte. Viene approvata una istruzione operativa per focalizzare e sistematizzare le informazioni e il metodo di addestramento da applicare nella presa in carico dell’assistito e dei suoi famigliari. L’infermiere inizia l’attività di educazione con un’analisi iniziale guidata del contesto e delle competenze di base del *caregiver* per poi proseguire attraverso tre *step* di valutazione delle competenze acquisite: prima valutazione al primo accesso; valutazione intermedia al primo mese e nuova valutazione ad ogni cambiamento. Ogni *step* indirizza il professionista su ciò che deve fare per raggiungere l’obiettivo.

Servizio infermieristico ambulatoriale (Castelnovo Bariano)

A settembre 2020 è stato inaugurato nel comune di Castelnovo Bariano (Rovigo) un ambulatorio infermieristico gratuito: un presidio fondamentale per il piccolo comune di circa 2.300 abitanti aperto dal lunedì al venerdì. La particolarità dell’Ambulatorio è anche nell’aver risposto alle esigenze dell’Ente locale di effettuare l’affido del servizio tramite bandi MEPA (il Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione) che, oltre ai requisiti professionali indispensabili come Studio Infermieristico, richiede la Certificazione di Qualità. La Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche FNOPI ha intrapreso da anni un percorso di guida e sviluppo della libera professione infermieristica al fine di sostenere i colleghi attraverso indicazioni e regolamentazioni a favore di una crescita con l’obiettivo di favorire il concetto di certificazione di qualità nell’esercizio libero professionale infermieristico in forma associata. Questo progetto è un esempio pratico e di applicazione del Manuale di accreditamento della libera professione infermieristica che ha permesso a infermieri libero professionisti di dare servizi territoriali socio sanitario assistenziale in forma autonoma, integrandosi con il sistema sanitario veneto.

