

AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 825 DEL 07/05/2026

O G G E T T O

APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO “MODELLO ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO DI INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA O COMUNITÀ (SIFOC)” – ATTUAZIONE DGR N. 1123/2023 E DM N. 77/2022 E APPROVAZIONE ATTI CON CONFERIMENTO INCARICO DI N. 15 “INFERMIERI DI FAMIGLIA O COMUNITÀ” DESTINATI ALLE 9 CASE DELLA COMUNITÀ DELL’AZIENDA ULSS 8 BERICA.

Proponente: UOC GESTIONE RISORSE UMANE
Anno Proposta: 2026
Numero Proposta: 908/26

Il Direttore Amministrativo, nelle funzioni di Direttore dell'UOC Gestione Risorse Umane, propone:

Il D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito nella Legge 17 luglio 2020, n. 77, ha introdotto la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) quale professionista dedicato al rafforzamento dell'assistenza territoriale, alla presa in carico delle persone fragili e alla gestione della cronicità.

La Regione del Veneto, con le Deliberazioni n. 782/2020, n. 1103/2020 e successivamente con la DGR n. 43/2023, ha definito ruolo, competenze e percorso formativo dell'IFoC, individuando tale figura come elemento strategico per l'evoluzione dell'assistenza territoriale.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6, Componente 1 – e il DM n. 77/2022 hanno delineato il nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale, fondato sulle Case della Comunità, sulla prossimità delle cure e sull'integrazione sociosanitaria.

Con DGR n. 1123 del 19 settembre 2023, la Regione Veneto ha approvato il documento “Servizi di Infermieristica di Famiglia o Comunità”, definendo:

- il modello organizzativo professionale dell'IFoC;
- gli standard minimi di servizio;
- i criteri per la dotazione organica;
- gli obiettivi formativi e operativi del servizio.

In coerenza con tale quadro normativo, l'Azienda ULSS 8 ha elaborato il documento “Modello organizzativo del Servizio di Infermieristica di Famiglia o Comunità”, predisposto dalla Direzione delle Professioni Sanitarie, che definisce:

- mission, target e articolazione territoriale del servizio;
- sistema di governance e organigramma;
- dotazione organica minima e criteri di allocazione del personale;
- processi di presa in carico, valutazione multidimensionale e gestione del PAI;
- strumenti operativi;
- risultati attesi in termini di qualità e continuità assistenziale.

Il documento prevede l'attivazione del SIFoC presso tutte le Case della Comunità aziendali, con presenza programmata degli IFoC e interventi domiciliari secondo criteri di intensità e complessità assistenziale.

In coerenza con il modello organizzativo delineato nel documento “Servizio di Infermieristica di Famiglia o Comunità (SIFoC)” e con gli standard previsti dalla DGR n. 1123/2023 e successiva DGR n. 120/2026, l'Azienda ULSS 8 ha avviato un processo di strutturazione progressiva del servizio, finalizzato a garantire la presenza stabile dell'Infermiere di Famiglia o Comunità nelle Case della Comunità e nei presidi territoriali aziendali descritti nell'Allegato A.

Considerato inoltre che, ai sensi del C.C.N.L. 2/11/2022 Comparto Sanità e del Regolamento aziendale “Regolamento per la graduazione, l'attribuzione e la revoca degli incarichi di funzione organizzativa e degli incarichi di funzione professionale, ai sensi del capo III del C.C.N.L. 2/11/2022 – Personale dell'area dei professionisti della salute e dei funzionari”, adottato con deliberazione n. 1275 del 27/07/2023, è stato attivato avviso di selezione interna IFS1/2026 per il conferimento di n. 15 incarichi di funzione professionale -professionista specialista “Infermiere di Famiglia o Comunità”.

Dato atto che l'avviso di selezione interna è scaduto in data 20 aprile 2026 e che con provvedimento n. 711 del 23/04/2026 è stata nominata la commissione esaminatrice e sono stati ammessi i candidati.

Visto il verbale in data 24/04/2026, accertata la regolarità della procedura selettiva e vista la graduatoria di merito formulata dalla commissione esaminatrice che, sulla base di quanto stabilito dall'art. 10 del succitato regolamento, sarà utilizzabile esclusivamente per il conferimento dell'incarico in argomento.

Ritenuto quindi di procedere, sulla base degli esiti della suddetta graduatoria, con il conferimento n. 15 incarichi di funzione professionale - professionista specialista "Infermiere di Famiglia o Comunità" ai primi quindici classificati.

Tenuto altresì conto che, con deliberazione n. 1401 del 29/08/2024, sono stati assegnati n. 2 incarichi di "Infermiere di Famiglia o Comunità" alle candidate dr.ssa Vesentini Elisa e alla dr.ssa Fronda Mara e che, con prot. n. 127418 del 13/12/2023, è stato assegnato n. 1 incarico di "Infermiere di Famiglia e Comunità" alla dr.ssa Gassa Giulia.

Il medesimo Direttore ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in relazione alla sua compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale in materia.

I Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio-Sanitari hanno espresso il parere favorevole per quanto di rispettiva competenza.

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERA

Per tutto quanto suindicato e che qui si intende integralmente richiamato:

1. di approvare, a ogni effetto applicativo, il documento "Modello organizzativo del Servizio di Infermieristica di Famiglia e Comunità (SIFoC)" allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale (Allegato A);
2. di prendere atto dei risultati contenuti nel verbale della Commissione esaminatrice relativamente all'espletamento della procedura selettiva per il conferimento n. 15 incarichi di funzione professionale - professionista specialista "Infermiere di Famiglia o Comunità", approvando la sottoriportata graduatoria finale di merito:

POSIZIONE	CANDIDATO/Codice identificativo domanda	PUNTEGGIO
1	DALLA RICCA CINZIA	45,837
2	MEGGIOLARO MARINA	45,484
3	STROBE SILVIA	44,647
4	DALLA FONTANA FRANCESCA	43,970
5	PAROLIN GIULIA	43,004
6	BEGGIN GABRIELLA	42,102

7	PENGO ISAIA	41,906
8	XOTTA VALENTINA	40,955
9	BEDIN CATERINA	40,294
10	RAMINA CHIARA	38,468
11	MARTINI MARINA	37,735
12	CONZATO MARTINA	36,209
13	BICEGO MONICA	35,890
14	CANTIELLO MARIA VERONICA	34,182
15	CATERINO GIULIA	33,937
16	5549666	33,100
17	5557430	32,821
18	5562697	32,654
19	5532713	32,504
20	5537258	31,973
21	5522043	31,339
22	5525434	30,681
23	5523224	29,585
24	5542469	29,488
25	5532323	29,170
26	5526832	29,000
27	5541041	27,571
28	5528836	26,976
29	5539052	26,975
30	5538883	26,956
31	5531564	25,135
32	5557043	23,265
33	5562019	23,000
34	5552079	22,503

3. di conferire n. 15 incarichi di funzione professionale - professionista specialista “Infermiere di Famiglia o Comunità”, ai primi quindici candidati: Dr.ssa Dalla Ricca Cinzia, Dr.ssa Meggiolaro Marina, Dr.ssa Strobe Silvia, Dr.ssa Dalla Fontana Francesca, Dr.ssa Parolin Giulia, Dr.ssa Beggin Gabriella, Dr. Pengo Isaia, Dr.ssa Xotta Valentina, Dr.ssa Bedin Caterina, Dr.ssa Ramina Chiara, Dr.ssa Martini Marina, Dr.ssa Conzato Martina, Dr.ssa Bicego Monica, Dr.ssa Cantiello Maria Veronica, Dr.ssa Caterino Giulia, a decorrere dalla data che verrà indicata nel relativo contratto di incarico e per la durata di anni cinque, rinnovabile previa valutazione positiva ai sensi dell’art. 31 del C.C.N.L. 2/11/2022;
4. di approvare, a ogni effetto di legge, il documento “Elenco IFOC e relative assegnazioni” (Allegato B), allegato al presente atto e che ne costituisce parte integrante e sostanziale;

5. di dare mandato alla Direzione delle Professioni Sanitarie per l'implementazione del modello organizzativo, la definizione dei percorsi operativi e il coordinamento delle attività del SIFoC;
6. di prescrivere che il presente atto venga pubblicato all'Albo on-line dell'Azienda.

Parere favorevole, per quanto di competenza:

Il Direttore Amministrativo
(dr. Leopoldo Ciato)

Il Direttore Sanitario
(dr. Alberto Rigo)

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
(dr. Achille Di Falco)

IL DIRETTORE GENERALE
(dott. Peter Assembergs)

Copia del presente atto viene inviato al Collegio Sindacale al momento della pubblicazione.

IL DIRETTORE
UOC AFFARI GENERALI E LEGALI

REGIONE DEL VENETO



ULSS8
BERICA

AULSS 8 BERICA

U.O.C. DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE

**MODELLO ORGANIZZATIVO
SERVIZIO DI INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA O
COMUNITA'
AZIENDA ULSS 8 BERICA**

Codifica

Preparazione

Dott.ssa Martina Michelazzo

Verifica

**Resp. UOSD Qualità
Dott. Marcello Mezzasalma**

Approvazione

**Direttore ff Direzione Professioni Sanitarie
Dott. Fabio Vicariotto**

Rev. 0

Data 01/04/2026

Riconferma

**Responsabile
Data**

INDICE

Premessa	3
Mission	3
Assetto Organizzativo	4
Target dell’Infermieristica di Famiglia o Comunità	5
Valutazione di eleggibilità e definizione degli interventi	5
Pianificazione ed erogazione degli interventi infermieristici	7
Erogazione di interventi rivolti a gruppi e alla comunità	8
Attività infermieristiche nel SIFoC	8
Output o risultati Attesi	10
Riferimenti normativi	11

Premessa

I Sistemi di Infermieristica di Famiglia e Comunità (di seguito SIFoC) sono finalizzati alla presa in cura di persone autosufficienti e parzialmente autosufficienti, con bisogni di assistenza correlati alla cronicità semplice e alla fragilità, non eleggibili all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), alle Cure Palliative Domiciliari (CPDOM), ricoveri in setting specialistici per acuti, strutture intermedie o residenziali, allo scopo di prevenire e ridurre gli esiti negativi quali l'aumento della morbidità, la maggior frequenza e durata delle ospedalizzazioni, il rischio di disabilità e non autosufficienza, il peggioramento della qualità di vita e l'incremento della mortalità.

L'obiettivo primario del modello organizzativo dell'Infermieristica di famiglia o comunità è quello di garantire la permanenza della persona nel proprio domicilio il più a lungo possibile, preservando la continuità degli affetti, delle abitudini e dell'identità personale. La casa non è soltanto uno spazio fisico, ma il contesto relazionale e affettivo in cui il paziente si riconosce e trova sicurezza. Considerarla e valorizzarla come *luogo di cura* significa costruire interventi sanitari che non si limitino a trattare la malattia, ma che accompagnino la persona e la sua famiglia, favorendo autonomia, dignità e qualità di vita

Il presente documento definisce l'organizzazione del SIFoC all'interno dell'Azienda ULSS 8 Berica, in coerenza con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il DM n. 77 del 23 maggio 2022 e in conformità alle indicazioni regionali fornite dalla DGR n. 1123 del 19 settembre 2023 e dalla DGR n. 120 del 4 marzo 2026.

Il documento illustra la collocazione funzionale, modalità operative, articolazione territoriale e sistema di governance.

La finalità è favorire la continuità assistenziale tra i diversi setting di cura, rafforzare il coordinamento tra professionisti sanitari e sociali, valorizzare le competenze infermieristiche avanzate e rendere possibile un monitoraggio costante dei bisogni territoriali, così da pianificare interventi personalizzati e sostenibili.

In questa prospettiva, l'assistenza infermieristica di famiglia si configura come un ponte tra ospedale, territorio e comunità: un modello che mette al centro il cittadino, riconoscendo la casa come primo luogo di cura.

Mission

Il SIFoC, nell'ambito dell'Azienda ULSS 8 Berica, rappresenta un servizio territoriale strategico per l'attuazione delle politiche di promozione della salute, prevenzione delle patologie e presa in carico globale della persona, in coerenza con gli indirizzi regionali definiti dalla DGR n. 1123/2023 e dalla DGR n. 120/2026.

La missione del SIFoC si concretizza attraverso l'erogazione di interventi infermieristici orientati alla prossimità, alla medicina di iniziativa, alla personalizzazione e alla continuità assistenziale, con l'obiettivo di rispondere in modo efficace e integrato ai bisogni sanitari e sociali della popolazione.

Gli obiettivi operativi del SIFoC sono i seguenti:

- garantire assistenza infermieristica continuativa e personalizzata, mediante interventi programmati, proattivi e orientati alla domiciliarità e alla prossimità territoriale;
- favorire l'integrazione funzionale e organizzativa tra i servizi sanitari, sociali e sociosanitari, promuovendo il lavoro in équipe multiprofessionale e la co-progettazione dei percorsi assistenziali;
- facilitare l'erogazione di interventi coordinati da parte dei diversi servizi che costituiscono la Casa della Comunità;
- promuovere l'autonomia, l'empowerment e la partecipazione attiva dell'assistito, attraverso interventi educativi, di supporto e di valorizzazione delle capacità residue;

- rafforzare la rete informale della comunità, sostenendo il coinvolgimento di caregiver, volontariato, associazionismo e risorse territoriali nella costruzione di percorsi di salute condivisi.

Assetto Organizzativo

In ragione del documento "Servizi di Infermieristica di famiglia o di comunità - Standard minimi di servizio" di cui all'Allegato A della DGR n. 120 del 4 marzo 2026, l'Azienda ULSS 8 attiva **un SIFoC unico a livello aziendale.**

L'organizzazione centralizzata consente una governance uniforme, una gestione coordinata delle risorse professionali e una pianificazione strategica degli interventi, garantendo al contempo la flessibilità operativa necessaria per rispondere alle specificità dei singoli contesti territoriali.

In ogni Casa della Comunità è attivata una sede del SIFoC, con lo scopo di favorire l'integrazione funzionale tra l'assistenza infermieristica e gli altri servizi sanitari e sociali presenti, promuovendo una presa in cura integrata dell'utenza.

Il SIFoC garantisce l'erogazione delle attività attraverso **due team territoriali distrettuali**, ciascuno dei quali fa riferimento ad uno dei due Distretti dell'Azienda. I team di infermieri operano trasversalmente a più Case della Comunità.

Il personale del SIFoC afferisce gerarchicamente alla Direzione delle Professioni Sanitarie e opera con un rapporto funzionale con i Direttori di Distretto e i Direttori delle Cure Primarie.

La responsabilità di coordinamento gestionale ed organizzativo due team distrettuali è attribuita ai Coordinatori infermieristici dei rispettivi Distretti.

Il Coordinatore di Distretto è responsabile dell'organizzazione e del governo operativo del servizio, con funzioni di supervisione, pianificazione e raccordo tra le diverse componenti professionali. In particolare:

- sovrintende alla pianificazione, organizzazione e monitoraggio delle attività infermieristiche territoriali;
- garantisce l'allocazione ottimale delle risorse umane e strumentali;
- coordina gli Infermieri di Famiglia o Comunità e favorisce l'integrazione con le altre figure professionali;
- partecipa ai tavoli di programmazione distrettuale e aziendale.

Per ciascuna Casa della Comunità sono previsti due Infermieri di Famiglia o Comunità (di seguito IFoC).

L'IFoC è un infermiere in possesso di formazione accademica specialistica nell'ambito delle cure primarie - sanità pubblica, che svolge funzioni di team leader professionale, a cui è stato attribuito un incarico di funzione professionale.

Oltre alla presa in cura dei casi più complessi, corrispondenti a bassa aderenza ai trattamenti associata a basso livello di engagement e di empowerment, elevati livelli di fragilità individuale e familiare, svolge attività di consulenza, primariamente nei confronti degli infermieri operanti in altri setting di cura che possano utilmente avvalersi delle sue competenze.

Le competenze richieste agli IFoC sono molteplici e comprendono:

- la capacità di effettuare valutazioni multidimensionali del bisogno, integrando aspetti clinici, sociali e ambientali, e di elaborare piani assistenziali individualizzati coerenti con le condizioni e le risorse della persona;
- l'attitudine all'educazione terapeutica, alla promozione della salute e alla prevenzione, attraverso interventi mirati e percorsi di empowerment rivolti all'assistito e alla sua rete di supporto;
- la competenza nella gestione della cronicità e della fragilità, con approcci proattivi e orientati alla stabilizzazione clinica e al mantenimento dell'autonomia;

- la capacità di operare all'interno di équipe multiprofessionali, favorendo l'integrazione tra professionisti e servizi, e contribuendo alla costruzione di percorsi condivisi;
- l'uso efficace di strumenti digitali, tra cui la cartella clinica informatizzata, le piattaforme di teleassistenza e i sistemi di monitoraggio, indispensabili per garantire tracciabilità, continuità e sicurezza dell'intervento.

La dotazione di ulteriori IFoC nelle Case della Comunità sarà progressivamente calibrata tenendo conto della consistenza del target di utenti, determinato in base alla stratificazione del rischio, all'intensità di cura e alla tipologia degli interventi definiti in base alla valutazione del bisogno.

A tale processo di valutazione concorrono il Direttore delle Professioni Sanitarie, che ha la responsabilità sul personale, e il Direttore di Distretto a cui compete l'organizzazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali propri del Distretto.

Target dell'Infermieristica di Famiglia o Comunità

Il SIFoC, istituito presso l'Azienda ULSS 8 Berica, è rivolto alla popolazione residente nel territorio aziendale, con particolare attenzione ai soggetti che presentano condizioni di fragilità, vulnerabilità clinico-sociale o cronicità "semplice".

Con riferimento al modello di presa in cura della cronicità e della multi morbidità, fondato sul concetto di intensità di cura e di assistenza, definito nel PSSR 2019-2023, la popolazione con cronicità "semplice" è costituita da persone con singola patologia cronica o condizione non complessa (profilo A) o persone con patologie croniche multiple non complesse (profilo B).

Per la definizione del target di utenza dell'Infermieristica di famiglia o comunità vengono identificati i seguenti criteri di eleggibilità:

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

L'accesso al SIFoC può avvenire secondo le seguenti modalità:

- Accesso diretto da parte di utenti, famiglie, caregiver e attori della comunità attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA) e la Centrale Operativa 116117,
- Segnalazione da parte di professionisti appartenenti alla rete socio-sanitaria (medici, infermieri, assistenti sociali, altri professionisti).

Valutazione di eleggibilità e definizione degli interventi

Gli infermieri del team accertano il bisogno di assistenza delle persone per la determinazione della eventuale presa in cura.

L'accertamento della persona, esteso se necessario alla famiglia/caregiver, avviene attraverso un colloquio strutturato e altre modalità specifiche, in sede ambulatoriale o con visita domiciliare.

La rilevazione del bisogno di assistenza della persona e della famiglia viene condotta con modalità strutturate e strumenti di valutazione validati, utili alla determinazione di condizioni di fragilità, aderenza alla terapia farmacologica, livello di engagement, capacità di autocura o autoefficacia, autonomia funzionale, altre situazioni di rischio coerenti al target di utenza. I principali strumenti di accertamento sono:

<i>Strumento</i>	<i>Finalità</i>	<i>Note operative</i>
Accertamento infermieristico attraverso il colloquio strutturato	Raccolta sistematica di dati clinici, sociali e ambientali	Basato su modelli teorici e adattato al target (persona, famiglia, comunità)
Ecomappa e Genogramma	Delinea la struttura interna ed esterna di una famiglia	Permette di comprendere le relazioni di ciascun componente del nucleo familiare
Scheda SVaMA	Valutazione multidimensionale dell'anziano	Utilizzata per l'accesso ai servizi socio-sanitari
Scheda di valutazione della complessità PHE	Misura l'intensità e la complessità dell'assistenza necessaria	Supporta la pianificazione degli interventi e l'allocazione delle risorse
Schede di monitoraggio dei percorsi assistenziali	Tracciamento degli interventi e degli esiti nel tempo	Fondamentali per il reporting e il miglioramento continuo
Strumenti di rilevazione del rischio sociale e ambientale	Identificazione di fattori di vulnerabilità e isolamento	Utili per attivare risorse comunitarie e prevenire situazioni critiche
Scale validate: (Sunfrail Scale, Morisky Medication Adherence Scale, Barthel, Patient Activation Measure)	Valutazioni funzionali, cognitive e sociali	Integrate nel processo di accertamento e rivalutazione periodica

Questi strumenti non sono utilizzati in modo isolato, ma integrati in un processo valutativo continuo e partecipato, che coinvolge anche il paziente, la famiglia e gli altri attori della rete territoriale. L'IFoC, in quanto professionista di riferimento, ha il compito di interpretare i dati raccolti, attivare le risorse necessarie e monitorare l'evoluzione del quadro assistenziale, garantendo coerenza con gli obiettivi del piano di assistenza individuale (PAI).

Sono criteri di priorità per la presa in cura:

- utente temporaneamente sprovvisto di MMG,
- utente con più di 2 ricoveri o accessi al Pronto Soccorso negli ultimi 3 mesi,
- rilevante bisogno di intervento a supporto dell'aderenza terapeutica
- rilevante bisogno di addestramento all'autocura (incompetenza nella gestione autonoma della terapia o di device nel contesto di una rete supportiva assente o insufficiente).

È possibile la presa in carico di assistiti extra target in situazioni di eccezionalità organizzativa e al fine di garantire l'intercettazione dei bisogni latenti.

L'accertamento e la presa in carico dell'utente che accede al SIFoC vengono registrati e documentati nel Sistema Informativo Territoriale (attualmente Atl@nte), che genera una cartella informatizzata consultabile e utilizzata dai vari attori della rete ospedaliera e territoriale coinvolti nella pianificazione del PAI.

Qualora in seguito all'accertamento le problematiche e i bisogni dell'assistito non risultino pienamente coerenti con le finalità proprie del SIFoC, la persona assistita viene orientata verso altri servizi territoriali/ospedalieri in grado di rispondere in modo appropriato ai bisogni prevalenti, garantendo continuità informativa.

Pianificazione ed erogazione degli interventi infermieristici

L'avvio della presa in cura è determinato dalla redazione di un PAI conseguente all'accertamento iniziale, previo confronto sul caso con il MMG/PLS ed eventuali altri professionisti sanitari e sociali. Il PAI tiene in considerazione l'apporto delle reti di supporto formali, informali e della comunità.

Il PAI deve prevedere ulteriori momenti di confronto con il MMG/PLS e con gli altri professionisti coinvolti con i quali l'infermiere di riferimento assicura la condivisione degli obiettivi assistenziali e mantiene nel tempo una relazione di confronto fino alla conclusione della presa in cura. Il PAI viene aggiornato attraverso accertamenti mirati, in base alla natura dei problemi individuati e agli esiti delle valutazioni periodiche.

Gli obiettivi dei PAI sono prioritariamente orientati al miglioramento dell'autonomia della persona assistita, del caregiver e della famiglia, nonché al rafforzamento dell'engagement, dell'aderenza ai trattamenti e delle capacità di autocura.

Nell'ambito di tali obiettivi, i team del SIFoC garantiscono anche l'erogazione di attività di natura tecnica qualora necessarie a rispondere ai bisogni delle persone eleggibili, fermo restando che le stesse si collocano all'interno di un progetto assistenziale centrato prevalentemente sullo sviluppo di competenza nell'autocura, empowerment e autonomia.

L'episodio di cura si conclude per raggiungimento degli obiettivi definiti nel piano assistenziale oppure per passaggio ad altro setting di cura, oppure per trasferimento o decesso, oppure per volontà della persona.

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni, il SIFoC si avvale dei seguenti strumenti:

- Cartella clinica territoriale informatizzata;
- Piani Assistenziali Individualizzati (PAI);
- Sistemi di telemonitoraggio e teleassistenza;
- Protocolli di continuità assistenziale ospedale-territorio.

Le attività infermieristiche vengono pianificate e realizzate secondo una logica programmata e proattiva, che consente di anticipare i bisogni, prevenire le complicanze e accompagnare l'assistito lungo tutto il percorso di cura. In situazioni di maggiore complessità o instabilità clinica, il servizio è in grado di attivare interventi in regime continuativo, assicurando una presenza costante e qualificata.

Fondamentale è il lavoro in équipe multidisciplinare territoriale, che favorisce l'integrazione tra professionisti sanitari, sociali e sociosanitari, promuovendo una visione condivisa del bisogno e una risposta coordinata. In questo contesto, l'IFoC svolge un ruolo chiave nella definizione e aggiornamento del PAI, strumento operativo che orienta l'intervento in base alle condizioni cliniche, sociali e ambientali della persona.

Il percorso assistenziale è oggetto di monitoraggio costante, attraverso la rilevazione degli esiti, la valutazione dell'efficacia degli interventi e la revisione periodica del PAI. Questo processo consente di adattare tempestivamente le strategie assistenziali, garantendo coerenza, qualità e continuità delle cure.

Erogazione di interventi rivolti a gruppi e alla comunità

I team del SIFoC organizzano iniziative di educazione sanitaria di gruppo, in presenza o da remoto, in collaborazione con gli attori sanitari e sociali, in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione aziendale.

I team del SIFoC possono essere coinvolti nelle campagne di prevenzione e promozione della salute condotte dal Dipartimento di Prevenzione, in particolare nell'ambito della cronicità e fragilità.

Attività infermieristiche nel SIFoC

Le attività infermieristiche nei SIFoC si rivolgono all'individuo, al caregiver, alla famiglia, alla comunità e sono erogate nei setting ambulatoriale e domiciliare, anche in modalità di telemedicina.

Attività infermieristiche caratterizzanti	Descrizione
Valutazione infermieristica multidimensionale	Accertamento monoprofessionale clinico, educativo e sociale della persona per la determinazione della eventuale presa in cura. Implica la rilevazione di parametri, segni e sintomi, nonché l'utilizzo di strumenti validati. Include la rivalutazione periodica e la verifica degli esiti.
Valutazione multidimensionale con équipe multiprofessionale	Incontro con équipe multiprofessionale finalizzato all'accertamento di un caso o valutazione mediante UVMD.
Valutazione ambiente di vita	Accertamento dell'ambiente di vita: situazione abitativa, condizioni igieniche, barriere e situazioni di rischio.
Valutazione sistemica del caregiver	Accertamento del caregiver attraverso un modello strutturato; misurazione dello stress del caregiver.
Valutazione sistemica della famiglia	Accertamento della famiglia: rilevazione della struttura e del funzionamento familiare attraverso un modello strutturato; identificazione del caregiver principale.
Mappatura risorse territoriali	Interazione con le risorse territoriali (servizi, associazioni, volontariato, altre risorse sociali), realizzazione della mappatura delle capacità di risposta a potenziali bisogni (utenza target, modalità di attivazione, contatti dei responsabili, orari, ecc.).
Analisi della comunità	Accertamento comunitario che integra dati epidemiologici, osservazioni sul campo, analisi partecipata del contesto attraverso l'incontro con i principali stakeholder locali e con i cittadini.
Progettazione e realizzazione interventi comunitari	Progettazione/collaborazione alla progettazione e realizzazione di interventi rivolti ad una comunità attraverso l'integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociali e civici (campagne informative, incontri di educazione sanitaria, iniziative di healthy ageing, progettualità rivolte a scuole, enti locali, centri di quartiere, parrocchie, ecc.). Collaborazioni con il Dipartimento di Prevenzione.
Addestramento/intervento informativo	Intervento di trasmissione di conoscenze (a cosa servono i farmaci, spiegazione della patologia, ecc.) o istruzione su tecniche

	specifiche (medicazioni, iniezioni, utilizzo di dispositivi inalatori, ecc.).
Colloquio motivazionale/educazione terapeutica	Colloquio programmato e strutturato finalizzato a favorire il cambiamento comportamentale con l'utilizzo del colloquio motivazionale, con analisi dei bisogni educativi, definizione di obiettivi educativi e valutazione del percorso.
Colloquio familiare strutturato	Colloquio programmato e strutturato con paziente e uno o più familiari simultaneamente attraverso l'utilizzo di modelli (Calgary, Friedman ecc.) e strumenti idonei (genogramma ed ecomappa). È volto a migliorare la collaborazione, la gestione condivisa della cura, la resilienza e l'adattamento nei momenti di transizione (post dimissione, perdita di autonomia, lutto); mediazione nelle conflittualità familiari per ricostruire alleanze di cura.
Attivazione servizi della rete	Attivazione e mantenimento della rete: servizi sociali, ADI, contatto e attivazione con risorse formali/informali del contesto (associazioni, trasporti, altro...); attivazione di reti di sostegno rivolte alla famiglia/caregiver; richiesta di UVMD.
Case management	Confronto con MMG, specialisti, altri professionisti o altri servizi al fine di assicurare continuità assistenziale. Programmazione di visite specialistiche ed esami diagnostici.
Supporto a telemedicina	L'infermiere, presente in ambulatorio o a domicilio, istruisce e supporta all'utilizzo di strumenti e dispositivi informatici, verificandone il corretto funzionamento.
Consulenza	Colloquio per consulenza con altro professionista rispetto ad un caso extra-SIFoC o potenziale (ad es.: MMG, Assistente Sociale, Infermieri di servizi territoriali e ospedalieri).
Formazione volontari/personale	Interventi formativi rivolti a volontari e personale (ad es.: associazioni di volontariato in ambito sanitario).
Prelievo	Prelievo ematico con processazione POCT (ad es.: glucotest, coagucheck test, emogas).
Medicazione	- medicazioni semplici - medicazioni complesse
Prelievo ematico o di campioni biologici	Prelievo ematico o di campioni biologici con processazione a cura del laboratorio analisi.
Gestione device	- catetere vescicale - stomie urinarie - stomie intestinali - PEG e SNG - accessi vascolari - drenaggi - tracheostomia - altri device
Somministrazione terapia farmacologica parenterale	
Indagini diagnostiche strumentali	- ECG - ecografia - retinografia - spirometria semplice - holter cardiaco e pressorio - altre indagini strumentali
Altre attività assistenziali	Altre attività assistenziali di natura tecnica.

Output o risultati Attesi

Il SifoC si propone di generare un impatto concreto e misurabile sulla salute e sul benessere della popolazione, attraverso interventi mirati, integrati e radicati nel contesto territoriale. L'azione dell'infermiere di prossimità, inserito in una rete multidisciplinare e interistituzionale, mira non solo a rispondere ai bisogni clinici, ma anche a promuovere condizioni di vita più autonome, sicure e partecipate.

Tra i principali risultati attesi si evidenziano:

- Il miglioramento della qualità della vita e dell'autonomia della persona assistita, grazie a interventi personalizzati, educativi e di supporto che valorizzano le risorse individuali e familiari;
- La riduzione degli accessi impropri alle strutture ospedaliere, attraverso una presa in carico precoce e continuativa, che consente di gestire le situazioni cliniche direttamente in ambito territoriale;
- Il rafforzamento della continuità assistenziale e dell'integrazione tra servizi, favorendo la costruzione di percorsi condivisi e la comunicazione tra professionisti sanitari, sociali e sociosanitari;
- La valorizzazione del ruolo dell'infermiere come figura di riferimento per la comunità, capace di coniugare competenze cliniche, relazionali e organizzative in un'ottica di prossimità e fiducia;
- Il potenziamento della rete territoriale e della coesione comunitaria, attraverso il coinvolgimento attivo di enti locali, associazioni, caregiver e cittadini, nella costruzione di un sistema di salute partecipato e sostenibile.

Questi obiettivi rappresentano non solo indicatori di efficacia del servizio, ma anche leve strategiche per il consolidamento di un modello di assistenza territoriale moderno, inclusivo e orientato al futuro.

Riferimenti normativi

DM n. 77 del 23 maggio 2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"

DGR 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 DM n. 77 del 23 maggio 2022

DGR n. 120 del 4 marzo 2026 "Approvazione del documento "Servizi di Infermieristica di famiglia o di comunità - Standard minimi di servizio". Nuovi indirizzi operativi. DM n. 77/2022. DGR n. 1123/2023.

Allegato B: Elenco dei 18 Infermieri di Famiglia o Comunità con incarico di funzione professionale e relativa assegnazione territoriale

Distretto	Casa della Comunità	Titolare incarico	
Est	Vicenza	Bedin Caterina	
		Parolin Giulia	
	Sandrigo	Dalla Fontana Francesca	
		Dalla Ricca Cinzia	
	Camisano	Cantiello Veronica	
		Conzato Martina	
	Longare	Caterino Giulia	
		Pengo Isaia	
	Noventa	Beggin Gabriella	
		Gassa Giulia	Incarico assegnato con prot. n. 127418 13/12/2022
Ovest	Valdagno	Bicego Monica	
		Martini Marina	
	Arzignano	Meggiolaro Marina	
		Ramina Chiara	
	Montecchio Maggiore	Strobe Silvia	
		Xotta Valentina	
	Lonigo	Fronza Mara	Incarico assegnato in precedenza deliberazione n 1401 del 29.08.2024
		Vesentini Elisa	Incarico assegnato in precedenza deliberazione n 1401 del 29.08.2024