

Relazione tecnica e cronoprogramma

Scheda intervento n. 4.4

1	Codice intervento e Titolo	4.4 - Infermiere di comunità
2	Costo e copertura finanziaria	Euro 767.000,00 Legge di Stabilità
3	Oggetto dell'intervento	Sperimentazione Modello Infermiere di Comunità
4	CUP	
5	Localizzazione intervento	Area Interna Tammaro-Titerno
6	Coerenza programmatica e contestualizzazione dell'intervento	<p>I nuovi bisogni socio-sanitari della popolazione sono sempre più espressione dell'allungamento della vita, dell'aumento costante delle malattie cronico-degenerative, dell'apparire e del dilagare di nuove patologie sociali, tipiche del nostro tempo, quali le dipendenze, i malesseri psicologici ed altro ancora. Oggi la risposta assistenziale a questi nuovi bisogni è parziale e spesso istituzionalizzante, volta a risolvere soprattutto la dimensione fisica del problema. Il modello assistenziale "infermiere di comunità" si può definire "relazionale" in quanto pone al centro la persona, i suoi famigliari e la comunità e li considera all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo generavano.</p> <p>Nel processo di riorganizzazione del SSN, a fronte di un decentramento dell'attività ospedaliera a favore di un potenziamento dei servizi sanitari territoriali e delle cure primarie, si colloca l'introduzione della figura dell'Infermiere di Comunità che, in collaborazione con le altre professionalità necessarie allo svolgimento degli interventi multidimensionali già presenti sul territorio (nutrizionisti, esperti in scienze motorie, psicologi, sociologi, esperti itc) e a supporto dell'attività dei MMG e PLS e dei Distretti Sanitari, costituirà una soluzione efficace per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione socio-sanitaria.</p> <p>Nell'Area del Tammaro-Titerno si riscontra una difficoltà di accesso ai servizi sanitari esistenti per la loro posizione non baricentrica rispetto all'area ed all'elevato numero di case sparse, a cui si aggiunge la mancata autonomia della sede distrettuale del Tammaro (essendo la stessa annessa a quella del Fortore), l'impossibilità di fruire dei servizi di pronto soccorso in tempi rapidi</p>



		<p>e la presenza poco diffusa dei presidi di Guardia Medica e dei presidi SAUT. Si evidenzia, in generale, una carenza organizzativa nel concepire e strutturare un approccio integrato che tenga insieme le strutture sanitarie e i servizi socio-sanitari.</p> <p>Attraverso l'istituzione della figura dell'IC, dunque, L'Area vuole dotarsi di un modello/sistema in grado di fornire una migliore capacità di risposta ai bisogni di cura della popolazione locale, con particolare riferimento agli anziani, gli oncologici, i pazienti portatori di malattie croniche ed anche, comunque, a tutti i cittadini delle comunità di tutte le età. Si creano, inoltre, anche le condizioni per consentire una maggiore prossimità e accessibilità all'infermiere, una migliore offerta assistenziale che va oltre la dimensione tecnica della prestazione erogata per andare verso una dimensione sociale e relazionale che consente di fatto una reale presa in carico della persona e della sua famiglia, oltre, infine, ad un maggiore coinvolgimento dei cittadini nelle scelte che riguardano la propria salute e quella della collettività.</p> <p>L'intervento persegue i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deospedalizzare e demedicalizzare la cura dei pazienti, migliorandone la qualità della vita, l'equilibrio e lo stato di salute, soprattutto delle persone più a rischio; - Garantire la presa in carico dei cittadini attraverso la continuità assistenziale tra ospedale e servizi sanitari territoriali; - Valorizzare il ruolo dell'infermiere nel territorio; - Migliorare le competenze degli operatori in tema di patologie croniche degenerative attraverso percorsi formativi dedicati; - Aumentare la soddisfazione dell'utente, effettuando informazione ed educazione; - Attivare un sistema informativo che metta in rete l'IFC, l'ambulatorio infermieristico e i MMG del Distretto Sanitario di riferimento attraverso la condivisione di una scheda di monitoraggio dello stato di salute. Condividere le metodologie di lavoro e gli strumenti che saranno utilizzate da tutte le figure professionali coinvolte nella gestione del paziente; - Valorizzazione del contributo dei cittadini partecipanti ai living labs in termini di automonitoraggio. Questo crea le precondizioni necessarie ad un monitoraggio sistematico che potrà intercettare precocemente il rischio di outcome avverso di salute - Riduzione dei ricoveri impropri e dei codici bianchi e verdi in P.S. <p>L'intervento in questione sarà prioritariamente indirizzato e rivolto alla popolazione afferente i Comuni dell'Area Interna. Giova precisare, tuttavia, che la citata estensione e considerazione territoriale del terzo Distretto Sanitario, è stata determinata da due ordini di motivi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) consentire di assicurare un bacino di riferimento sufficientemente ampio tale da garantire i numeri minimi utili per la sperimentazione degli interventi che, peraltro, dato il carattere sperimentale dell'azione pilota, si basano sull'adesione volontaria dei sanitari e/o dei cittadini; 2) porre le basi per la trasferibilità dell'intervento anche nel terzo Distretto Sanitario, coinvolgendo tale soggetto, quindi, sin dall'inizio nella definizione del processo
7	<p>Descrizione dell'intervento (sintesi della relazione tecnica)</p>	<p>Il modello di rete sanitaria previsto per le aree interne dell'ASL Benevento attende che il ruolo degli infermieri diventi centrale, ovvero soggetti attivi nei territori sia in rapporto con gli attori delle filiere assistenziali presenti, sia rispetto ai pazienti in ADI, sia come case manager dei pazienti comunque presi in carico dai servizi presenti nei territori considerati. I servizi erogabili dall'IC avvengono attraverso la presa in carico</p>



su indicazione del MMG, cui l'IC riporta periodicamente. La presa in carico dell'assistito inizia attraverso la stesura di un piano di assistenza individuale e la sottoscrizione del consenso informato attraverso un modello che l'Asl definirà nell'ambito del comitato MMG aziendale.

Le attività sulla popolazione target sono le seguenti:

- identificazione precoce del rischio di fragilità lungo le dimensioni nutrizionale, fisica, cognitiva e sociale;
- promozione dell'inclusione sociale;
- prevenzione degli incidenti domestici e delle cadute;
- assistenza nell'esecuzione della terapia, e supporto all'aderenza della cura;
- promozione dell'automedicazione e autocura;
- monitoraggio dei vari indicatori di salute;
- Promozione di stili di vita salutari.

Tali attività verranno svolte anche a domicilio della persona e della sua famiglia su specifica indicazione dell'MMG.

L'utilizzo dei servizi digitali coniugati alle funzioni dell'IC fungerà da raccordo tra l'anziano e/o il malato cronico e/o il suo caregiver e la rete dei diversi professionisti: Medici di Continuità Assistenziale, Medici di Medicina Generale o punti di erogazione di prestazioni sanitarie: Distretti Sanitari, Ambulatori Infermieristici Distrettuali. Gli infermieri e gli OSS avranno a disposizione un'auto per gli accessi presso il domicilio dei pazienti per effettuare gli interventi di rispettiva competenza.

Per garantire l'integrazione tra sociale e sanitario, come previsto dal patto della salute, gli operatori socio-sanitari saranno a supporto del MMG in caso di ADI/ADP presso il domicilio del paziente, e avranno un ruolo di facilitatori per favorire l'indipendenza e implementare le condizioni di vita del paziente, praticando e suggerendo tecniche per la cura personale del paziente, tecniche per l'alimentazione e per l'igiene dell'ambiente.

Infine, l'Infermiere di Comunità in sinergia con gli infermieri degli Ambulatori Infermieristici Distrettuali e con l'equipe territoriale impegnati coadiuveranno l'attività di screening e campagna vaccinale.

Strutture aziendali coinvolte:

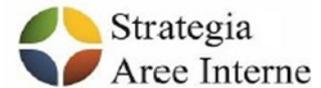
- Azienda
- Dipartimento
- Distretti Sanitari locali
- Ambulatori Infermieristici Distrettuali
- Studi dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta
- Struttura Formazione.

Organizzazione Aziendale per la gestione del progetto

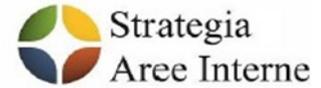
	DS SGS	DS TT	DS ASF
n.pazienti che usufruiranno del progetto in 36 mesi	Circa 360	Circa 360	Circa 280
Nr. accessi da 30' del personale all'anno	1.800	1.800	1.400
Nr. MMG ASL a disposizione del progetto	3	3	3



		Nr. 5 Infermieri previsti dal progetto	2 (di cui 1 a scavalco tra i vari distretti)	2 (di cui 1 a scavalco tra i vari distretti)	2 (di cui 1 a scavalco tra i vari distretti)
		Nr. OSS a disposizione del progetto	2 a scavalco tra i vari DD.SS.	2 a scavalco tra i vari DD.SS.	2 a scavalco tra i vari DD.SS.
		Altre Figure aziendali a disposizione del progetto	- N.3 unità sanitarie/amministrative (Direzione Distrettuali) - N.1 unità Direzione strategica		
<p>Nei 3 distretti sono previsti n. 2 infermieri di cui n.1 a scavalco tra più distretti. Per un complessivo di n.5 infermieri di cui n.3 fissi e n.2 a scavalco sui 3 distretti. L'Ostetrica lavora in raccordo con i Consulenti distrettuali e i MMG</p> <p>Per la realizzazione del Progetto si prevedono i seguenti interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reclutamento del personale infermieristico e di operatori socio sanitari da dedicare all'attività, da parte di ditta specializzata dedicata. Il personale verrà reclutato, da ditta specializzata, nell'ambito di ogni distretto di riferimento. <p>A valere su altre fonti finanziarie, completano l'intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definizione del percorso formativo rivolto ai neo – IC. A supporto dello sviluppo del nuovo modello organizzativo si prevede uno specifico percorso articolato per moduli con l'obiettivo di fornire conoscenze e strumenti per operare in modo adeguato nell'ambito della comunità <p>Attivazione di modulo software integrato con il sistema aziendale eCare che permetta la gestione, il monitoraggio e la valutazione delle attività dei I.C., permettendo l'accesso alle Direzioni Distrettuali e ai MM.M.G.</p> <p>Il prerequisito del progetto è garantire la perfetta integrazione organizzativa, strutturale e tecnologica con il Sistema eCare ASLBN – Cartella Clinica Territoriale, la soluzione in corso di adozione, prevista dalla ASL Benevento per l'attivazione di un unico sistema informativo a supporto, sia dei processi di accoglienza del paziente nelle Unità di Cure Primarie, negli ospedali di comunità e nella SS.P.S., e di organizzazione delle attività di prenotazione e gestione documentale, sia di Back Office a favore della programmazione dei percorsi per i pazienti cronici e o complessi, gestendo le fasi di contatto, prenotazione, accoglienza e di gestione dei pazienti in tutte le strutture sanitarie dell'ASL Benevento perfettamente integrato con il sistema regionale "Sinfonia".</p> <p>Le voci di spesa previste sono compatibili con la sostenibilità dell'intervento per la durata del progetto, nel frattempo si dovrà individuare un percorso di integrazione delle figure IFEC nell'ambito dell'organizzazione aziendale.</p> <p>Il progetto sarà associato ad una riorganizzazione aziendale per gestire il servizio in tutti i Distretti aziendali. Inoltre si prevede un percorso di integrazione delle figure IFEC nell'ambito dell'organizzazione aziendale, anche in considerazione del piano di assunzione previsto dall'ASL.</p>					

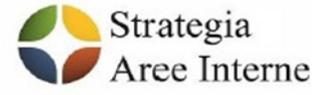


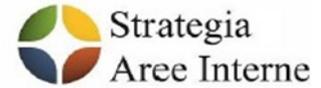
		Si reputa che è assolutamente necessario la presenza di un team interno alla ASL di coordinamento e gestione di personale anche con integrazione del personale di progetto con personale aziendale che opererà su tutto il territorio provinciale (tutti i Distretti aziendali). La gestione e il coordinamento interno degli IFEC e la riorganizzazione aziendale per gestire a livello aziendale il servizio non è oggetto del presente intervento (sia come voce di costo che come descrizione), ma sarà oggetto di pianificazione aziendale, come l'individuazione del percorso di integrazione delle figure IFEC nell'ambito dell'organizzazione aziendale.
8	Risultati attesi	9.3 – Aumento/consolidamento/qualificazione dei servizi di cura socio educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia e potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi sanitari e socio sanitari territoriali
9	Indicatori di realizzazione e risultato	<p>Il sistema di monitoraggio costituisce l'indispensabile supporto al processo di valutazione delle attività con l'obiettivo di verificare con cadenza semestrale l'efficacia, l'efficienza e l'economicità degli interventi e rilevare eventuali scostamenti tra i risultati attesi e i risultati effettivi. Gli strumenti utilizzati dagli operatori nel corso del monitoraggio sono:</p> <p>Indicatori di Realizzazione: Popolazione coperta da servizi sanitari migliorati: BaseLine: 0 Valore Target: almeno 400 soggetti ad infermiere</p> <p>Indicatori di Risultato: Tasso di ospedalizzazione evitabile BaseLine: 734,8 Valore Target: 602,2</p>
10	Modalità previste per l'attivazione del cantiere	Procedure di affidamento per acquisizione di servizi ai sensi del D.lgs. 18 aprile 2016, n.50
11	Progettazione necessaria per l'avvio dell'affidamento	Livello unico di progettazione
12	Progettazione attualmente disponibile	Scheda intervento
13	Soggetto attuatore	ASL BN –
14	Responsabile dell'Attuazione/RUP	RUP ING. DE TOMA



Tipologie di spesa

Voci di spesa	Descrizione	Valuta (€)
Costi del personale	N. 5 infermieri + 1 ostetrica per 36 mesi n. 2 OSS per 36 mesi	710.000,00
Spese notarili		
Spese tecniche	Project Management, Gestione, coordinamento, rendicontazione Progetto – team di professionisti esterni e interni alla ASL + Formazione continua specialistica per 3 anni – n. 8 unità + Costi per la selezione del personale e per la gestione amministrativa contabile dello stesso	18.000,00
Opere civili		
Opere di riqualificazione ambientale		
Imprevisti		
Oneri per la sicurezza		
Acquisto terreni		
Acquisto beni/forniture	Acquisizione Dispositivi medici pluriuso e monouso Fornitura DPI + Fornitura, personalizzazione e integrazione alla piattaforma aziendale del modulo software per la gestione (inclusa di assistenza per 36 mesi)	15.000,00
Acquisizione servizi	Noleggio n. 2 auto per 36 mesi + Noleggio strumenti IT – smartphone, Tablet, connettività per 36 Mesi	24.000,00
Spese pubblicità		
totale		767.000,00





Cronoprogramma delle attività

Fasi	Data inizio prevista	Data fine prevista
Fattibilità tecnico-economica/Livello unico di progettazione	01/10/2020	30/11/2020
Progettazione definitiva		
Progettazione esecutiva		
Pubblicazione bando / Affidamento lavori/ servizi	01/12/2020	31/12/2020
Esecuzione	01/01/2021	31/12/2023
Collaudo/funzionalità		

Cronoprogramma finanziario

Trimestre	Anno	Costo (€)
I° trimestre	2021	95.875,00
II° trimestre		95.875,00
III° trimestre		95.875,00
IV° trimestre		95.875,00
I° trimestre	2022	95.875,00
II° trimestre		95.875,00
III° trimestre		95.875,00
IV° trimestre		95.875,00
I° trimestre	2023	
II° trimestre		
III° trimestre		
IV° trimestre		
I° trimestre		
II° trimestre		
III° trimestre		
IV° trimestre		
Costo totale		767.000,00