

PROGETTO

INTRODUZIONE INFERMIERE DI FAMIGLIA/COMUNITA' (art. 1 comma 5 del D.L. 34 del 19/05/2020)

LINEE DI INDIRIZZO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI TERRITORIALI

PREMESSA

Il Programma Operativo Regionale in materia di assistenza territoriale definisce quindi, che la strategia da perseguire in Regione Basilicata nella gestione dell'emergenza sanitaria connessa alla diffusione del COVID – 19, deve indirizzarsi necessariamente ad un'azione preventiva in linea con le indicazioni dell'OMS, al fine di circoscrivere immediatamente eventuali focolai.

Il D.L. del 19 maggio 2020 n. 34 ha varato misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19 prevedendo finanziamenti dedicati e piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale e rafforzamento strutturale della rete ospedaliera del Servizio Sanitario Nazionale mediante l'adozione di uno specifico piano di riorganizzazione in grado di fronteggiare in maniera adeguata le emergenze pandemiche come quella da Covid-19 in corso.

Il perseguimento delle suddette finalità dovrà essere raggiunto quindi attraverso l'adozione di specifici piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale. I piani sono adottati con le seguenti finalità:

- Implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di Sars-Cov 2, dei casi confermati e dei loro contatti
- Intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus
- assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario. (dal documento regionale convivere con il covid 19 e contenerlo testing, tracing and treating indirizzi strategici per la fase 2.

Le azioni previste dal D.L. n. 34 del 19 maggio 2020, comporteranno tre livelli progettuali:

TESTARE – rientra nell'ambito del potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale ed è finalizzato a implementare e rafforzare il sistema di accertamento diagnostico, in modo tale da consentire di ricercare nel minor tempo possibile tutti i possibili soggetti positivi.

TRACCIARE – rientra nell'ambito del potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale ed è finalizzato al tracciamento dei contatti, vale a dire all'implementazione di specifiche misure di identificazione e gestione dei contatti. In sostanza si tratta di effettuare la mappatura dei contatti dei soggetti positivi al fine di consentire l'individuazione e testare tutti i soggetti venuti a contatto negli ultimi 7 giorni per evitare l'ulteriore eventuale diffusione del virus, attraverso l'isolamento.

TRATTARE – anche questa linea rientra nell'ambito del potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale ed è finalizzato al consolidamento delle attività già avviate nella prima fase dell'emergenza.

- Afferisce a questa fase l' **introduzione dell'infermiere di famiglia e di comunità**: l'obiettivo è quello di potenziare con la componente infermieristica l'assistenza domiciliare e la sorveglianza attiva per i pazienti affetti da Sars-Cov 2 non ospedalizzati supportando le USCO in questa fase di emergenza, e dall'altra rafforzare l'assistenza ai soggetti fragili e cronici, anche attraverso la collaborazione con i Medici di Medicina Generale riducendo così il carico di prestazioni e servizi ambulatoriali. (dal documento regionale convivere con il covid 19 e contenerlo testing, tracing and treating indirizzi strategici per la fase 2.

L'insieme degli interventi previsti nel presente piano operativo è destinato a produrre effetti strutturali di potenziamento della rete assistenziale territoriale dell'ASM che non si limitano esclusivamente alla gestione dell'emergenza COVID, ma che si propongono di consolidarsi in maniera stabile nel tempo, con riferimento specifico all'implementazione dell'infermiere di famiglia, al potenziamento dell'ADI ed al rafforzamento dell'integrazione tra ospedale e territorio nella presa in carico dei pazienti cronici e più in generale dei soggetti fragili.

Come già rappresentato, il D.L. del 19 maggio 2020 n. 34 prevede l'assunzione a tempo indeterminato di 8 infermieri ogni 50.000 abitanti che per l'ASM equivale complessivamente a 32 Infermieri di Famiglia e di Comunità. Strumento imprescindibile per l'attività dell'infermiere di Comunità nel contesto aziendale è l'implementazione dell'AMBULATORIO INFERMIERISTICO

TERRITORIALE. IL numero e le caratteristiche dell'Ambulatorio saranno determinati tenendo conto dell'orografia del territorio e quindi nel rispetto del numero e delle caratteristiche della popolazione.

L'ambulatorio infermieristico territoriale rappresenta un nodo strategico del sistema delle cure primarie perché, operando in stretta connessione funzionale con i MMG, PDL e la rete dei servizi, consente il monitoraggio dei fattori di rischio della popolazione e la gestione dei soggetti fragili e con patologie cronico-degenerative. Inoltre fornisce risposte assistenziali adeguate attraverso la "presa in carico" della persona attraverso la valutazione del bisogno di assistenza, l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e di adeguati strumenti informativi (cartella infermieristica). La cartella informatizzata (Sistema Atlante) è già utilizzato in tutto il territorio regionale in collaborazione con lo studio VEGA ed è in corso di perfezionamento per la parte relativa ai medici di MMG/PLS e per la parte infermieristica.

A tal fine gli Ambulatori dovranno essere forniti di tutte le apparecchiature per consentire l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche terapeutiche prescritte. Inoltre l'infermiere di Comunità deve poter accedere all'inserimento tempestivo dei dati sulla piattaforma informatizzata regionale, con lo scopo di rafforzare il governo delle interazioni tra i servizi per la presa in carico dei pazienti a livello territoriale e garantire l'omogeneità dei percorsi assistenziali. Deve utilizzare strumenti informatici, telemonitoraggio e la telemedicina per il controllo remoto dei pazienti presi in carico.

L'Ambulatorio Infermieristico Territoriale assolve alla funzione infermieristica in ambito comunitario in un'ottica di multidisciplinarietà; esso si integra nei processi distrettuali e, qualora i bisogni dell'assistito richiedono una forte integrazione sociosanitaria, prevede l'utilizzo di metodologie per la Valutazione Multidimensionale (VMD) avvalendosi di reti specialistiche multidimensionali e team multiprofessionali dedicati che contribuiscono alla stesura dei Piani Assistenziali Individuali (PAI). L'Ambulatorio Infermieristico si inserisce in questo percorso come modello organizzativo che riconosce l'autonomia e la responsabilità dell'infermiere e garantisce l'appropriatezza delle risposte ai bisogni essenziali.

È un servizio interamente organizzato e gestito dall'infermiere che offre al cittadino assistenza di natura tecnica, relazionale ed educativa.

La presa in carico globale del paziente è garantita dal Team multiprofessionale nel quale operano i medici di medicina generale, l'infermiere di cure primarie, medici specialisti di riferimento per la patologia e altri professionisti non medici. A seconda delle specifiche esigenze dell'assistito; il suddetto team opera in stretta collaborazione con la medicina di comunità che garantisce lo per attività del raccordo con il settore specialistico, il settore sociale, le risorse comunitarie varie.

In Regione Basilicata l'assistenza infermieristica nelle cure primarie, presenta a tutt'oggi un modello assistenziale poco sviluppato e non omogeneo. Questo modello specificatamente per quanto attiene all'infermieristica, necessita di alcune linee di sviluppo anche alla luce di importanti cambiamenti organizzativi già attuati o in atto.

In questo scenario di sviluppo e definizione organizzativa del sistema delle cure primarie si inserisce la necessità di introdurre un modello assistenziale infermieristico orientato alla famiglia e alla comunità capace di garantire un'azione snella e flessibile nella rilevazione dei bisogni, la continuità e l'adesione alle cure, la sorveglianza domiciliare e la presa in carico dell'individuo e della famiglia con l'intento di evitare inutili ricoveri, favorire la deospedalizzazione, presidiare l'efficacia dei piani terapeutico assistenziali, allo scopo di migliorare la qualità di vita della persona nel suo contesto di vita.

Nasce quindi la necessità di introdurre un progetto che faccia riferimento ad un nuovo modello organizzativo assistenziale che è quello dell'infermiere di famiglia o comunità. "Il **modello assistenziale** "Infermiere di famiglia e di comunità" rappresenta sul territorio l'evoluzione di funzioni professionali già svolte per la salute della collettività ed è basato su alcuni concetti portanti, tra cui quello della prossimità con la persona, la famiglia e il suo contesto di riferimento sociale. Tale figura, in coerenza con il **Piano Nazionale Cronicità**, cura il monitoraggio dello stato di salute degli assistiti mediante visite domiciliari, follow up telefonici, telemedicina, in modo da evitare che sia la persona a rivolgersi ai servizi solo quando sono già presenti disturbi o complicazioni. Inoltre presidia i passaggi di setting assistenziale, con particolare riguardo agli aspetti più critici della continuità delle cure, facendosi garante della presa in carico lungo l'intero percorso assistenziale, interviene fornendo consigli sugli stili di vita e sui fattori comportamentali a rischio, conosce la rete dei servizi presenti in quello specifico territorio ed è quindi in grado di orientare e facilitare l'accesso appropriato e tempestivo dell'utente a tutti i servizi della rete.

Il modello ha dei contenuti fondamentali per il cittadino e persegue un obiettivo di evoluzione e di sviluppo rispetto ad alcune funzioni professionali già in atto, attraverso una presa in carico globale, da parte dell'infermiere di famiglia/comunità, della salute della collettività, sviluppando un modello e percorsi che sostengono una forte integrazione con gli altri professionisti territoriali.

L'infermiere diviene il riferimento per una popolazione geograficamente definita e conosciuta e sarà, in sinergia con il medico di Medicina Generale l'ADI e le USCO, la figura sanitaria qualificata che si occuperà dell'intero gruppo familiare, spaziando dagli stili

di vita, alle cure di fine vita, avvalendosi quando necessario di colleghi esperti in ambiti specifici; ma anche il facilitatore delle risposte sanitarie, per il singolo, la famiglia e la collettività a cui si riferisce. L'infermiere di famiglia/comunità opererà individuando i bisogni dell'assistito e pianificando la risposta assistenziale, tenendo conto della situazione socio familiare e ambientale in cui vive. La risposta ai bisogni, con quest'approccio, sarà personalizzata, lo stato di salute monitorato ed il self management promosso. L'ambito domiciliare diventa il contesto preferenziale in cui perseguire gli obiettivi di salute dei singoli e delle famiglie. L'approccio multidimensionale e la gestione proattiva dei soggetti con patologia cronica sono alla base della personalizzazione del percorso di cura e rappresentano degli elementi innovativi, al contempo, l'operato dell'infermiere di famiglia/comunità sarà contraddistinto e accompagnato da alcuni elementi organizzativi fondamentali per lo sviluppo del modello stesso (milestones: Estensività e prossimità, territorialità, accessibilità ed equità, pro attività, intercettazione del bisogno).

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ

La Conferenza delle Regioni e delle province autonome il 10 settembre, ha approvato le " Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità ex legge n77 del 17 Luglio 2020 ", che dispone l'introduzione dell'Infermiere/comunità al fine di rafforzare i servizi infermieristici, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-COV-2 identificati come affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unità Speciali di Continuità Assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, in relazione ai modelli organizzativi regionali.

AMBULATORIO INFERMIERISTICO

L'ambulatorio infermieristico può rappresentare un importante punto di riferimento per la continuità assistenziale, considerando che attualmente molti pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere hanno necessità di continuare ed effettuare determinate prestazioni sanitarie. Pertanto per ambulatorio infermieristico si intende la struttura o luogo fisico, collocata nel territorio e/o in ambito ospedaliero, preposto alla erogazione di cure infermieristiche organizzate direttamente dal personale infermieristico che ne è responsabile ai sensi del DMS 739/94 e della legge 251/00.

Il Piano attuativo Aziendale del programma regionale " Convivere con il Covid-19 e contenerlo-indirizzi strategici per la fase due " approvato con DGR n.434/2020 prevede l'utilizzo di forme di lavoro autonomo, anche in collaborazione coordinata e continuativa e, a partire dal 01/01/2021, l'assunzione a tempo indeterminato di 8 infermieri ogni 50.000 abitanti, che per l'ASM equivale complessivamente a 32 infermieri di famiglia. L'obiettivo è quello di potenziare l'assistenza domiciliare e la sorveglianza attiva dei pazienti in isolamento, non ospedalizzati e rafforzare l'assistenza ai pazienti fragili (cronici, disabili, non autosufficienti, bisognosi di cure palliative, ecc..)attraverso la collaborazione con il MMG.

Concretamente il progetto, consiste nell'attivazione di un servizio di assistenza infermieristica decentrato in ogni comunità, che può rispondere a uno o più aggregazioni di comuni, attraverso la disponibilità di un infermiere dedicato che è fisicamente presente in quel territorio attraverso l'attivazione di un ambulatorio infermieristico territoriale.

Il Patto per la salute 2019-2021 stabilisce inoltre che, al fine di promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali, vengono definite linee di indirizzo per l'adozione di parametri di riferimento, anche considerando le diverse esperienze regionali in corso, favorendo l'integrazione con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia /comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone

Il position Statement della FNOPI " L'Infermiere di Famiglia e di Comunità" che delinea le competenze dell'infermiere di comunità/famiglia in linea con gli orientamenti europei, identifica IFC come il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell'area infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica. Agisce le competenze nella erogazione di cure infermieristiche complesse, nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, famigliari e della comunità, operando all'interno del sistema dell'Assistenza Sanitaria Primaria.¹

L'intervento dell'infermiere di comunità si sviluppa sostanzialmente in **tre ambiti**:

- **ambulatoriale**
- **domiciliare**
- **comunitario**

¹ L'Assistenza Sanitaria Primaria è definita dall'OMS nel 1978 come l'assistenza sanitaria essenziale basata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa accessibile a tutti gli individui e famiglie della comunità attraverso la loro piena partecipazione e ad un costo che la comunità e il paese possano sostenere in ogni stadio del loro sviluppo, nello spirito dell'auto-fiducia e della auto-determinazione. Essa è parte integrante sia del sistema sanitario del paese, del quale essa assume la funzione centrale ed è punto focale, sia dello sviluppo generale sociale ed economico della comunità. Essa è il primo livello di contatto degli individui, delle famiglie e della comunità col sistema sanitario del Paese, portando l'assistenza sanitaria quanto più vicino è possibile a dove la popolazione vive e lavora e costituendo il primo elemento di un processo continuo di assistenza.

L'infermiere ha la possibilità di agire in diversi ambiti ed erogare assistenza a tutti gli utenti autonomi che necessitano di interventi a medio – bassa complessità.

L'ambulatorio così concepito diventa un punto d'incontro in cui gli utenti e le famiglie possono recarsi per fare affidamento, per ottenere risposte ai loro bisogni di assistenza infermieristica, per ricevere informazioni, per orientarsi meglio ai servizi.

L'infermiere potrà erogare prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza rivolti alla prevenzione della collettività, della sanità pubblica, e dell'assistenza di base (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri DPCM del 12 gennaio 2017) inclusi interventi di educazione e promozione alla salute. In questo modo riesce a garantire una presenza stabile e costante sul territorio, diventando una figura di riferimento riconosciuta all'interno della comunità.

Il primo compito è quello di accogliere la domanda ed inserire il pz. in un percorso guidato e personalizzato che parte dalla presa in carico globale fino all'organizzazione del suo PAI (Piano Assistenziale Individuale). Il Piano Assistenziale Individuale viene concepito come strumento di valutazione multidimensionale e di conseguenza di equipe, dovrebbe rappresentare il fulcro dell'assistenza di un gruppo inter-professionale che si riunisce per valutare i bisogni del paziente, le sue potenzialità ed elabora obiettivi a breve-medio-lungo termine da raggiungere per migliorare la qualità di vita, la performance e le attuali disabilità dello stesso.

IFC valuta l'utente a 360° con un approccio che guarda la persona nella sua olistica interezza senza sottostimare l'importanza di un intervento socio-sanitario. Nell'ambito delle attività socio-assistenziali è indispensabile la figura dell'assistente sociale come professionista coinvolto nel setting di riferimento in una logica di riconoscimento dello specifico ambito professionale ed integrazione multidisciplinare.

L'attività ambulatoriale si caratterizza per le seguenti attribuzioni:

- erogazione delle prestazioni di maggiore richiesta degli utenti su prescrizione del MMG (prelievi, medicazioni, iniezioni, infusioni, controllo e monitoraggio dei parametri vitali, ecc.) con una modalità di risposta complessiva che permetta di limitare in modo significativo la distanza, non solo fisica, tra cittadino e istituzioni;
- orientamento e informazione all'utente relativamente all'offerta sanitaria migliorando l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari pubblici (informazioni riguardanti le reti dei servizi distrettuali e le vie di accesso agli stessi, indicazioni sulle modalità per ottenere presidi e ausili);
- promozione di interventi di educazione alla salute finalizzati all'autogestione di problematiche assistenziali semplici.

A livello domiciliare

L'infermiere delle cure domiciliari è un professionista responsabile dell'assistenza infermieristica a domicilio del pz. ed eroga l'assistenza a tutti gli utenti che non possono recarsi in ambulatorio per gravi patologie o per difficoltà nella deambulazione, e che necessitano di assistenza infermieristica a medio-alta complessità e con carattere di continuità.

L'attività a domicilio si caratterizza per le attribuzioni già illustrate nell'attività ambulatoriale integrate dalle seguenti funzioni:

- promozione della continuità delle cure tra ospedale e territorio e viceversa attraverso la messa in rete di tutti i servizi e i professionisti sanitari e sociali presenti nel territorio
- promozione della salute nella comunità attraverso l'integrazione delle cure infermieristiche con tutte le esigenze di ordine sanitario, sociale e soprattutto educativo del nucleo familiare, con un approccio volto a valorizzare le risorse delle singole famiglie indirizzandole verso una corretta autocura ed autogestione. L'Infermiere di Comunità cerca quindi di incrementare le capacità di self-care dell'utente e della sua famiglia, rendendoli il più possibile autonomi ed indipendenti anche attraverso l'attivazione di reti informali (parenti, amici, vicini, gruppi di volontariato, di auto-aiuto) Così facendo esalta il concetto di promozione della salute condotta dalla e con la comunità e non sulla e per la comunità
- promozione della presa in carico leggera e anticipata quando ancora il bisogno non è stato espresso, ma è potenzialmente presente
- progettazione e verifica di interventi di "aiuto infermieristico ed assistenza tutelare alla persona" resi da altri operatori (assistenti sociali, operatori socio-sanitari, assistenti familiari, familiari stessi ecc)
- tutorato nei confronti dei care-givers, badanti, e/o altre risorse presenti nella comunità.

A livello comunitario

L'IC svolge attività trasversali di implementazione dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali ed informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti i bisogni di salute. Tutto ciò l'IC lo svolge attraverso il lavoro di rete che si può definire una modalità di lavoro con la quale a partire da un problema specifico, concreto come ad esempio un paziente recentemente colpito da ictus che deve

rientrare a domicilio, si definiscono le integrazioni necessarie per garantire la continuità dei percorsi, nonché le interrelazioni tra le funzioni dei servizi coinvolti a vantaggio di un miglior trattamento dei problemi di salute della persona o della comunità.

L'infermiere di comunità assieme agli altri professionisti (MMG, assistente sociale, ecc.) coglie le risorse, le potenzialità del pz., della famiglia, della comunità e dei servizi istituzionali, sanitari e sociali, pone al centro la persona con i suoi reali bisogni e trova soluzione al problema. In questo modo il pz. diventa il vero protagonista del proprio progetto di salute e non delega agli altri la cura di se stesso, anzi con gli opportuni strumenti e conoscenze diventa "operatore di se stesso". L'IC oltre ad erogare assistenza è colui che attraverso le competenze relazionali ed educative favorisce la promozione ed il mantenimento della salute della persona.

La figura dell'Infermiere di Comunità nell'emergenza COVID

Il D.L. del 19 maggio 2020 n. 34 prevede l'assunzione a tempo indeterminato di 8 infermieri ogni 50.000 abitanti che per l'ASM equivale complessivamente a 32 Infermieri di Famiglia e di Comunità. L'Infermiere di Famiglia, insieme al MMG si occupa della presa in carico del paziente Covid positivo o sospetto integrando con un ruolo nuovo, preventivo, proattivo, e collaborativo, il contributo degli attori delle Cure Primarie, delle Cure Intermedie e delle residenze sociosanitarie.

Durante la particolare e attuale condizione epidemiologica quale quella da COVID-19, l'intervento dell'IF è orientato alla gestione di un target di popolazione specifica che comprende i pazienti affetti da SARS-cov-2 o sospetti.

Quando l'IF prende in carico un paziente positivo o sospetto, contatta l'infermiere USCO con il quale adotta una strategia per garantire una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito comunità di riferimento. Dividendo la valutazione del paziente in due macro aree, possiamo dire che l'infermiere U.S.CO. si occuperà della valutazione clinica della persona (vedi progetto Infermiere U.S.CO) e l'IF effettuerà l'analisi dell'ambiente di vita e il tracciamento.

L'IF deve saper effettuare valutazioni secondarie per il mantenimento della situazione di isolamento e per gli stili di vita da adottare al fine di evitare altre situazioni di contagio, aggravamento, complicità.

A tal proposito l'infermiere provvede ad individuare il necessario personale a supporto e gestione del soggetto posto in isolamento: il caregivers. Quest'ultimo sarà individuato tra parenti del soggetto o tra membri delle associazioni di volontariato, oltre ai servizi sociali delle amministrazioni comunali. Compito del caregiver sarà quello di provvedere al fabbisogno dei beni di prima necessità (fare la spesa, provvedere alla fornitura di eventuali farmaci, igienizzanti, disinfettanti personali e ambientali e di fare da collante tra il paziente e l'IF). La gestione del soggetto sottoposto a regime di isolamento prevede la collaborazione con figure professionali di supporto quali: psicologi, assistenti sociali, nutrizionisti. Inoltre l'infermiere di Comunità deve poter accedere all'inserimento tempestivo dei dati sulla piattaforma informatizzata regionale, con lo scopo di rafforzare il governo delle interazioni tra i servizi per la presa in carico dei pazienti a livello territoriale e garantire l'omogeneità dei percorsi assistenziali. Deve utilizzare strumenti informatici, telemonitoraggio e la telemedica per il controllo remoto dei pazienti presi in carico.

Nel percorso di presa in carico del paziente Covid è auspicabile prevedere un fase di follow up successiva alla guarigione, per individuare eventuali complicanze a medio e lungo termine che possano richiedere interventi sanitari. Il ruolo fondamentale che riveste l'IF in questo percorso è quello di agire in stretta collaborazione con il MMG e/o PLS per attivare la rete territoriale al fine di gestire le eventuali complicanze.

Analisi del contesto territoriale

L'ASM - Azienda Sanitaria Locale di Matera ha un territorio coincidente con quello della Provincia di Matera, che si estende su una superficie di 3446 Km², ripartita tra i 31 comuni che ne definiscono l'estensione amministrativa.



I Comuni facenti parte del comprensorio dell'ASM di Matera, come detto, sono in tutto 31 per una superficie complessiva pari a kmq 3.449, circa il 34% del territorio regionale (pari a 10.073 Km²), con una densità media di 57,2 abitanti per kmq, leggermente superiore al valore medio regionale (56,3).

Il territorio della provincia di Matera, per il 5% montuoso, il 72% collinare e il 23% pianeggiante, può essere suddiviso in quattro zone, delimitate da linee di spartiacque, o da dorsali più o meno significative e da quelli elementi storico-geografici che ne definiscono e ne rappresentano lo spazio fisico attraverso ambiti omogenei.

Questi ambiti territoriali possono coincidere, per ulteriore semplificazione, con quelli dei limiti amministrativi dei comuni così aggregati:

a) Area di Matera

Comprende il solo comune di Matera (residenti 60411/superficie 392.09 Km²/densità 154 abitanti/Km²) che, come capoluogo di Provincia, rappresenta un fenomeno del tutto atipico nelle dinamiche territoriali, sia per dimensioni che per le problematiche emergenti.

b) Area del Metapontino

Comprende i comuni gravitanti sulla costa Ionica, includendo oltre quelli costieri (Bernalda, Pisticci, Scanzano Ionico, Policoro, Rotondella e Nova Siri) anche quelli che vi gravitano intorno (Montalbano Ionico, Tursi, Colobraro, Valsinni e San Giorgio Lucano).

c) Area del Medio Basento e della Collina Materana

Comprende i comuni della collina interna posti tra i fiumi Basento e Agri (Calciano, Garaguso, Oliveto e Salandra a Nord, Accettura, S.Mauro Forte e Ferrandina al centro, Gorgoglione, Cirigliano, Stigliano, Craco ed Aliano a Sud).

d) Area del Materano

Comprende infine i comuni posti intorno all'asse Bradanica (Irsina, Tricarico, Grassano, Grottole, Miglionico, Pomarico e Montescaglioso).

Da tale articolazione emerge la realtà di un territorio (quello della provincia di Matera) assai eterogeneo sia nelle componenti geomorfologiche, sia in quelle naturalistiche, sia in quelle socio-economiche e storico-culturali. Il suo paesaggio, infatti, mostra, in una superficie relativamente poco estesa, aspetti naturalistici molto vari.

Un elemento fortemente caratterizzante la struttura territoriale della provincia di Matera è costituito da un indice molto basso della densità della popolazione, vale a dire il numero di abitanti per chilometro quadrato, che si attesta su un valore inferiore a 60 a fronte di una media nazionale pari a circa 200, collocando la suddetta area tra le province meno densamente popolate d'Italia.

La bassa densità della popolazione costituisce di fatto un fattore che condiziona notevolmente le dinamiche sanitarie sia con riferimento alla domanda assistenziale sia, soprattutto, con riferimento alla offerta che l'Azienda deve assicurare all'utenza di riferimento. Tale struttura del territorio, infatti, comporta una "dispersione" della popolazione che in alcuni casi diventa vero e proprio "isolamento", per l'effetto congiunto delle criticità, sia funzionali che strutturali, che caratterizzano il sistema viario locale ed in particolare la rete stradale e più in generale quella dei trasporti.

A tal proposito si sottolinea come il livello di infrastrutturazione del territorio, stradale e ferroviario, è tuttora quantitativamente e qualitativamente non adeguato a garantire gli standard di prestazione necessari al consolidamento e allo sviluppo della qualità della vita, con particolare riferimento al soddisfacimento del fabbisogno assistenziale.

Tale assetto del territorio di fatto influenza le scelte e le strategie sanitarie ed in particolare il modello dell'offerta assistenziale da adottare, che è pensato e strutturato per garantire una risposta omogenea ed uniforme per tutta la popolazione di riferimento.

Tabella 1. Popolazione residente, I superficie e I densità dei comuni facente parte del comprensorio dell'ASM di Matera.

	Comune	Popolazione residenti	Superficie km ²
1.	Accettura	1.718	90,37
2.	Aliano	907	98,41
3.	Bernalda	12.115	126,19
4.	Calciano	685	49,69
5.	Cirigliano	310	14,90
6.	Colobraro	1.131	66,61

7.	Craco	668	77,04
8.	Ferrandina	8.308	218,11
9.	Garaguso	1.025	38,61
10.	Gorgoglione	911	34,93
11.	Grassano	4.978	41,63
12.	Grottole	2.149	117,15
13.	Irsina	4.632	263,47
14.	MATERA	60.411	392,09
15.	Miglionico	2.447	88,84
16.	Montalbano Jonico	6.988	136,00
17.	Montescaglioso	9.616	175,79
18.	Nova Siri	6.723	52,75
19.	Oliveto Lucano	381	31,19
20.	Pisticci	17.432	233,67
21.	Policoro	17.888	67,66
22.	Pomarico	4.001	129,67
23.	Rotondella	2.541	76,72
24.	Salandra	2.653	77,44
25.	San Giorgio Lucano	1.112	39,26
26.	San Mauro Forte	1.405	87,06
27.	Scanzano Jonico	7.612	72,18
28.	Stigliano	3.914	211,15
29.	Tricarico	5.013	178,16
30.	Tursi	4.901	159,93
31.	Valsinni	1.423	32,22

Popolazione target per le patologie croniche

L'analisi delle patologie croniche è stata condotta sulla scorta dei dati rilevati dalle esenzioni ticket per patologia rilasciate ai residenti ASM fino al 31/12/2017 per effetto del D.M.S. 329 del 28.05.1999. L'analisi suddetta non può certamente ritenersi esaustiva del fenomeno in oggetto, in quanto l'elenco delle patologie rilevate non esaurisce la totalità delle malattie croniche, oltre al fatto che non sempre per le patologie considerate viene richiesta l'esenzione ai sensi del D.M.S., con la conseguenza che i dati riportati forniscono una rappresentazione sottostimata delle patologie croniche della popolazione della ASM di Matera. La tabella successiva evidenzia, oltre al numero complessivo delle esenzioni ticket per patologia rilasciate dall'Azienda ai propri assistiti al 31/12/2017, anche la percentuale sul totale della popolazione e la percentuale sul totale delle patologie croniche accertate.

Esenzioni ticket per patologia - Anno 2017	numero	% sul totale delle esenzioni	% sulla popolazione aziendale
MALATTIA IPERTENSIVA(II E III STADIO O.M.S.)	20.389	30,3%	10,3%
DIABETE MELLITO	12.461	18,5%	6,3%
IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO (GRAVE)	5.941	8,8%	3,0%
SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNI	5.796	8,6%	2,9%
AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	5.655	8,4%	2,8%
TIROIDITE DI HASHIMOTO	2.550	3,8%	1,3%
IPERCOLESTEROLEMIA	1.853	2,8%	0,9%
GLAUCOMA	1.594	2,4%	0,8%
EPATITE CRONICA (ATTIVA)	1.391	2,1%	0,7%
ASMA	916	1,4%	0,5%
COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN	824	1,2%	0,4%
PSORIASI (ARTROPATICA, PUSTOLOSIA GRAVE, ERITODERMICA)	664	1,0%	0,3%
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	653	1,0%	0,3%
PSICOSI	644	1,0%	0,3%
MORBO DI BASEDOW	578	0,9%	0,3%
EPILESSIA	525	0,8%	0,3%
ARTRITE REUMATOIDE	398	0,6%	0,2%
SCELROSI MULTIPLA	382	0,6%	0,2%
SPRUE CELIACA	363	0,5%	0,2%
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA	297	0,4%	0,1%
ALTRE PATOLOGIE	3.308	4,9%	1,7%
TOTALE COMPLESSIVO	67.182	100,0%	33,8%

I dati sopra riportati, fermo restando i limiti intrinseci alla metodologia di rilevazione sopra descritta, evidenziano come l'ipertensione arteriosa costituisca la patologia cronica più diffusa tra la popolazione della ASM di Matera, colpendo oltre il 10% della popolazione. Altra malattia molto diffusa nel territorio considerato è il diabete (oltre il 6% della popolazione) seguito rispettivamente dalle patologie relative alla tiroide (oltre il 3% della popolazione) e dalle patologie neoplastiche (poco meno del 3% della popolazione).

L'INFERMIERE DI COMUNITA' NEL TERRITORIO ASM

Dall'analisi del territorio e del numero di abitanti per comune appartenente alla ASM, si è proceduto a dividere tutta la superficie territoriale in tre grandi aree, che nel complesso risultano avere stessa densità abitativa e alle quali sarà assegnato un infermiere ogni 6200 abitanti.



AREA 1 GIALLA comprende i comuni di :

- Tursi con 4901 abitanti
- Stigliano con 3914 abitanti
- Montalbano con 6988 abitanti
- Accettura con 1718 abitanti
- Aliano con 907 abitanti
- Cirigliano con 310 abitanti
- Colobraro 1131 abitanti
- Craco con 668 abitanti
- Nova Siri con 6723 abitanti
- Rotondella con 2541 abitanti
- S. Giorgio Lucano con 1112 abitanti
- S. Mauro Forte con 1405 abitanti
- Gorgoglione con 911 abitanti
- Valsinni con 1423 abitanti
- Policoro con 17888 abitanti
- Pistici con 17432 abitanti
- Scanzano Jonico con 7612 abitanti

Per un totale di 77584 abitanti a cui assegnare 12 Infermieri di Comunità che faranno capo al distretto e all'IDF di riferimento
AREA 2 VERDE comprende il Comune di Matera con 60411 abitanti a cui assegnare 12 Infermieri di Comunità che faranno capo al distretto e all'IDF di riferimento

AREA 3 BLU comprende i comuni di :

- Ferrandina con 8308 abitanti
- Calciano con 685 abitanti
- Grassano con 4978 abitanti
- Grottole con 2149 abitanti
- Irsina con 4632 abitanti

- Pomarico con 4001 abitanti
- Miglionico con 2447 abitanti
- Montescaglioso con 9616 abitanti
- Oliveto Lucano con 381 abitanti
- Tricarico con 5013 abitanti
- Salandra con 2653 abitanti
- Garaguso con 1025 abitanti
- Bernalda con 12115 abitanti

Per un totale di 58002 a cui assegnare 9 Infermieri di Comunità che faranno capo al distretto e all'IDF di riferimento

Il pool degli infermieri di comunità è definito, come descritto in precedenza, tenendo conto delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche del territorio e afferisce alle strutture organizzative dell'U.O.S.D. Qualità, Accredimento e Servizio delle Professioni Sanitarie e Sociali.

Nella fase di avvio del modello assistenziale si prevede l'istituzione degli ambulatori infermieristici territoriali per ogni area (blu, verde e gialla) afferente ai rispettivi Distretti.

AMBULATORIO INFERMIERISTICO TERRITORIALE



L'ambulatorio infermieristico territoriale rappresenta un nodo strategico del sistema delle cure primarie perché, operando in stretta connessione funzionale con i MMG, PDL e la rete dei servizi, consentono il monitoraggio dei fattori di rischio nella popolazione e la gestione dei soggetti con patologie cronico degenerative, oltre a fornire risposte assistenziali adeguate nei confronti di eventi acuti. Gli Ambulatori Infermieristici prevedono la "presa in carico" della persona attraverso la valutazione del bisogno di assistenza, l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e di adeguati strumenti informativi (cartella infermieristica).

Assolvono alla funzione dell'infermieristica in ambito comunitario, in un'ottica di multidisciplinarietà; essi si integrano nei processi distrettuali e, qualora i bisogni dell'assistito richiedono una forte integrazione sociosanitaria, prevedono l'utilizzo di metodologie per la Valutazione Multi Dimensionale (VMD), contribuendo alla stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Per ambulatorio Infermieristico si deve intendere la struttura o luogo fisico, collocata nel territorio e/o in ambito ospedaliero, preposto alla erogazione di cure infermieristiche organizzate e gestite direttamente da personale infermieristico, che ne è responsabile ai sensi del DMS 739/94 e della legge 251/00, articolo 1, commi 1 e 3, per quei pazienti che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.

OBIETTIVI

Il modello dell'ambulatorio infermieristico risponde all'esigenza di :

- Migliorare l'accessibilità e fruibilità da parte dei cittadini dei servizi sanitari e delle prestazioni di assistenza sanitaria primaria " Livello di Primary care" anche in stretta collaborazione funzionale con il PUA;
- Costituire una cerniera tra i servizi ospedalieri e territoriali (di assistenza domiciliare, salute mentale, geriatria, materno-infantile , disabilità degli adulti e dei bambini , specialistica ambulatoriale , U.S.CO. , MMG e PDL) al fine di assicurare la continuità assistenziale ;
- Garantire risposte appropriate ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione attraverso l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e la definizione di percorsi assistenziali integrati ;
- Promuovere nelle persone i processi autocure (self-care) anche al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole alla scelta di natura assistenziale (Empowerment del cittadino)
- Promuovere l'attività di prevenzione ed educazione alla salute;

L'istituzione dell'AMBULATORIO INFERMIERISTICO , riconosce la piena assunzione di responsabilità e autonomia nell'organizzazione e nella gestione dell'assistenza secondo la normativa prevista che regola l'esercizio professionale (DMS 739/94, Patto Infermerie-Cittadino 1996, L.42/99, Codice Deontologico 1999, Legge n°251/00, Legge 43/2006, Legge n°1/2002, Ordinamenti Didattici delle Classi di Laurea/02). Nell'ambito delle proprie funzioni, gli ambulatori infermieristici promuovono

nelle persone i processi di autocura, anche al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di natura assistenziale, contribuendo così ai processi di empowerment del cittadino, che costituiscono uno degli elementi chiave del presente Piano Attuativo. L'attività degli Ambulatori infermieristici deve essere sistematicamente rilevata e trasmessa al Sistema Informativo Aziendale.

RUOLO E FUNZIONI

L'Ambulatorio Infermieristico (AI) è una strutturale territoriale del distretto. Il collegamento a rete dell'AI è con i seguenti servizi ai quali fornisce le competenze specifiche:

- **Punti di Primo Intervento (PPI)** :gestiti all'interno delle cure primarie, rappresentano un secondo "filtro" e si prefiggono la finalità di ridurre l'uso dell'Ospedale e di riqualificare la funzione del territorio, restituendo a quest'ultimo il ruolo primario di assistenza.
- **Ambulatori specialistici**: forniscono le competenze infermieristiche sulla base dei carichi di lavoro nonché della complessità assistenziale
- **Punto unico di accesso PUA**: è uno strumento di integrazione socio-sanitaria e sociale , attraverso il quale i cittadini esprimono un bisogno di salute o un disagio sociale
- **Centro di Accesso Unico alla disabilità grave CAUD**: è un servizio in grado di fornire un approccio centrale e integrato alla disabilità.
- **Assistenza Domiciliare Integrata ADI**: servizio in rete che ha lo scopo di assicurare le continuità delle cure a domicilio , finalizzato a mantenere o recuperare il benessere fisico, psichico e sociale.



MODALITA' DI ACCESSO DELL'UTENTE ALL'AMBULATORIO INFERMIERISTICO

L'accesso all' ambulatorio infermieristico territoriale è completamente gratuito e le modalità previste di accesso sono:

- Con richiesta del MMG, PLS, USCO, Centrale Operativa Territoriale, Medico di Continuità Assistenziale, Medico Specialista.
- Con prenotazione Cup o con Agenda interna informatizzata utilizzando il Modello "Accesso Ambulatorio Infermieristico Territoriale"
- Contatto con l'infermiere che valuta il motivo dell'accesso, il probabile problema di salute, identificando il bisogno assistenziale.

Si prevede una fase pilota di durata annuale , che sarà condotta sulle tre aree distrettuali individuate a livello aziendale . La fase sarà avviata con il reclutamento (in corso) e assegnazione di personale infermieristico (32 unità) così come previsto dal Piano Attuativo Aziendale "Convivere con il covid 19 e contenerlo testing, tracing and treating indirizzi strategici per la fase 2.

L'UOSD Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali svolgerà funzioni di monitoraggio su avvio e andamento della fase pilota con la definizione di un percorso formativo e l'identificazione degli indicatori di valutazione impatto nel Sistema Aziendale del nuovo modello assistenziale.

SCHEDA PROGETTO

1	LINEA PROGETTUALE	POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE CON INTRODUZIONE INFERMIERE DI FAMIGLIA/COMUNITA'	
		Linea n. 1 “ Rafforzamento dell’assistenza ai pazienti fragili e Potenziamento dell’assistenza domiciliare e della sorveglianza attiva per i pazienti Covid-19, in isolamento non ospedalizzati”	
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	INTRODUZIONE INFERMIERE DI FAMIGLIA/COMUNITA' D.L. 34 del 19/05/2020 art.1 comma 5	
		LINEE DI INDIRIZZO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI TERRITORIALI	
	AREA DI INTERVENTO	Regione Basilicata – Azienda ASM di Matera	

2	UOSD RESPONSABILE DEL PROGETTO		
	QUALITA', ACCREDITAMENTO E SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI	<i>Cognome e nome Responsabile</i>	Dott. Vito Petrara Dott.sa Angela Braia
		<i>Ruolo e Qualifica</i>	Direttore UOSD Dirigente UOSD

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO – MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto, ecc)</i>	<i>Importo in euro</i>
	<i>Risorse autorizzate dalla Regione Basilicata</i>	D.G.R. 612/2020	1.036.035

4	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>Risorse necessarie</i>	<i>n. Risorse 32 Infermiere</i>	<i>Note</i>
	<i>Disponibili</i>	0	Come da D.L. 34 art.1 comma 5
<i>Da acquisire</i>	32		

5	ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO	<p>A fronte della complessità dei bisogni assistenziali, in considerazione della maggiore presenza di patologie croniche vi è l'esigenza di definire nuovi modelli assistenziali con approccio multi-professionale e interdisciplinare in grado di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere, favorendo la continuità delle cure.</p> <p>Infatti i mutamenti socio-demografici e dei bisogni richiedono una profonda reingegnerizzazione della rete assistenziale verso la creazione di una «filiera dell'assistenza territoriale» fondata su processi coordinati e collegamenti funzionali tra gli attori del Sistema. In questa fase emergenziale per Covid-19 si delinea maggiormente la necessità di potenziare l'assistenza territoriale attraverso l'inserimento della figura dell'Infermiere di Famiglia/Comunità.</p>
---	---	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

6	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento
		2020	2021	<i>Prorogabile</i>

7	OBIETTIVO GENERALE	<p>Il SSR deve essere in grado di aiutare le persone a raggiungere il massimo grado di funzionalità possibile in relazione al proprio stato di salute, prevedendo una presa in carico efficace ma sostenibile sia in termini economici ma anche in termini di valori individuali e sociali.</p> <p>L'obiettivo del SSR, così come delineato nel nuovo Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2022, è quello di porre al centro del sistema la persona, mediante l'umanizzazione delle cure, la realizzazione di percorsi di cura partecipati e condivisi, l'equità nell'accesso ai servizi, la globalità di copertura di base alle necessità assistenziali di ciascuno.</p> <p>In questo processo di riorganizzazione diventa fondamentale individuare modelli organizzativi funzionali alla presa in carico della cronicità che riconoscano nell'infermiere di Comunità uno degli attori principali, con un nuovo ruolo preventivo, proattivo e collaborativo.</p> <p>Nel contesto epidemiologico attuale è necessario potenziare con la componente infermieristica l'assistenza domiciliare e la sorveglianza attiva per i pazienti affetti da Sars-Cov -2 non ospedalizzati supportando le USCO in questa fase di emergenza, e dall'altra rafforzare l'assistenza ai soggetti fragili e cronici, anche attraverso la collaborazione con i Medici di Medicina Generale riducendo così il carico di prestazioni e servizi ambulatoriali.</p>
---	---------------------------	---

8	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Definizione di "sedi fisiche di prossimità" dell'Ambulatorio territoriale Infermieristico, distribuiti nella tre aree distrettuali;</p> <p>Riduzione degli accessi impropri al P.S. (paziente cronico e Covid-19)</p> <p>Riduzione dei ricoveri nei reparti di medicina interna e reparti Covid</p> <p>Promuovere l'empowerment della persona</p> <p>Facilitare la creazione di una rete assistenziale integrata</p> <p>Sviluppare team multiprofessionale di assistenza al paziente cronico nell'ambito delle cure primarie</p>
---	----------------------------	---

	RISULTATI ATTESI	
9	<i>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</i>	<p>Elaborazione da parte degli IDF distrettuali di piano di distribuzione orografica delle sedi degli Ambulatori Infermieristici Territoriali</p> <p>Realizzazione di percorsi assistenziali specifici nell'ambito della cronicità (diabete , scompenso cardiaco ecc...) e ruolo dell'infermiere di Famiglia</p>

<p><i>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</i></p>	<p>Riorganizzazione della rete dei servizi sanitari al fine di orientare il Sistema verso un modello di assistenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ organizzato intorno alla persona; ○ fondato su team multiprofessionali; ○ strutturato su processi integrati. <p>Dare attuazione a quanto previsto dalla LR. n.2/2017 (Piano Socio Sanitario Regionale 2018-2020) relativamente al modello organizzativo per intensità di cura e di assistenza come risposta alla presa in carico della cronicità</p> <p>.Riduzione (10%) degli accessi impropri al P.S. e dei ricoveri(paziente cronico e Covid-19) e delle prestazioni ambulatoriali inappropriate da parte del MMGG/PLS</p>
--	--

PUNTI DI FORZA	
Indicare i punti di forza	<i>Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</i>
<p>10</p> <p>Sistema di governance multilivello consolidato a livello territoriale</p> <p>Inserimento di una figura di riferimento per la presa in carico globale del paziente cronico quale l'Infermiere di Famiglia</p> <p>Sviluppo del sistema informativo integrato</p>	<p>Organizzazione di incontri periodici di confronto e approfondimento con gli IDF rispetto alla funzionalità dei modelli organizzativi.</p> <p>Assegnazione degli obiettivi agli IDF di riferimento con sistema periodico di verifica</p> <p>Attivazione Ambulatorio Infermieristico presso le sedi individuate nel territorio</p> <p>Definizione di percorsi atti a garantire la gestione Infermieristica dei problemi di salute mediante la realizzazione di percorsi integrati proporzionati al profilo del bisogno</p> <p>Implementazione a livello Aziendale della cartella unica delle cure domiciliari prevedendo le opportune integrazioni con il Sistema Informativo ospedaliero e territoriale (sistema Atlante)</p>

PUNTI DI DEBOLEZZA		
	<i>Indicare i punti di debolezza</i>	<i>Indicare le strategie/azioni per la riduzione</i>
11	<p>Carenza di personale da dedicare al ruolo di Infermiere di Famiglia/ Comunità</p> <p>La struttura del territorio, comporta una “dispersione” della popolazione che in alcuni casi diventa vero e proprio “isolamento”, per l’effetto congiunto delle criticità, sia funzionali che strutturali, che caratterizzano il sistema viario locale ed in particolare la rete stradale e più in generale quella dei trasporti</p>	<p>Reclutamento personale Infermieristico (D.L. 34/2020 Art.1 comma 5)</p> <p>Allocazione territoriale strategica degli Ambulatori Infermieristici Territoriali.</p> <p>Ridefinizione dei piani di sviluppo delle Cure Primarie.</p>

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Obiettivi Specifici	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
12 Facilitare la creazione di una rete assistenziale integrata	Rendere operativo il nuovo ruolo dell'infermiere di Famiglia all'interno del Distretto, quale gestore e coordinatore della filiera assistenziale (<i>Azione 1</i>)	<p>Attuazione degli atti aziendali, ivi compresa lo sviluppo delle competenze e del sistema di responsabilità.</p> <p>Assegnazione annuale degli obiettivi agli IDF Distrettuali con sistema periodico di verifica (sistema di governance).</p> <p>Organizzazione di incontri periodici di confronto e approfondimento con i direttori di distretto e gli Idf di distretto rispetto alla funzionalità dei modelli organizzativi .</p> <p>analisi dei punti di forza e debolezza della rete territoriale alla luce dell'emergenza COVID</p>	<p>Reports:</p> <ul style="list-style-type: none"> dati relativi al numero di accessi all'ambulatorio Infermieristico Territoriale
	Sviluppare percorsi formativi specifici, anche con riferimento alle nuove previsioni contrattuali (<i>Azione 2</i>)	Sviluppo di percorsi formativi innovativi finalizzati a creare competenze dell'infermiere di Famiglia.	
	Sviluppare il sistema informativo integrato (<i>Azione 3</i>)	Implementazione a livello regionale della cartella unica delle cure domiciliari prevedendo le opportune integrazioni con il Sistema Informativo ospedaliero. (sistema Atlante)	

			<p>Sviluppo ed adozione del software unico per la Continuità Assistenziale, integrato con il sistema.</p> <p>Potenziamento dell'integrazione informatica con i MMG e USCO c anche a fronte dell'emergenza COVID</p>	
	<p>Promuovere l'Empowerment della persona</p>	<p>Promuovere e partecipare ad iniziative di prevenzione e promozione della salute rivolte alla collettività; (Azione 4)</p> <p>Promuovere interventi informativi ed educativi rivolti ai singoli, alle famiglie ed ai gruppi, atti a promuovere modificazioni degli stili di vita; (Azione 5)</p>	<p>Valorizzazione della risorsa paziente in una logica di engagement, attraverso la costituzione di un Piano Assistenziale Individuale aggiornato con valutazioni periodiche e condivise con i diversi setting assistenziali, con lo stesso paziente e con la famiglia.</p>	<p>Reports:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dati relative al numero di incontri di prevenzione e promozione della salute con i cittadini

	<p>Sviluppare team multiprofessionali di assistenza al paziente cronico nell'ambito delle cure primarie</p>	<p>Pianificare e sviluppare le Cure Primarie (Azione 6)</p>	<p>Progettazione e realizzazione di PAI trasversali a varie categorie di professionisti.</p>	<p>Reports: elaborazione di percorsi, procedure e protocolli condivisi</p>
	<p>Definizione di "sedi fisiche di prossimità" dell'Ambulatorio territoriale Infermieristico, distribuiti nelle tre aree distrettuali;</p>	<p>Rendere operativo l'Ambulatorio Infermieristico territoriale (Azione 7)</p>	<p>Procedere alla organizzazione strutturale e operativa dell'Ambulatorio Infermieristico</p>	<p>Reports: Numero di Ambulatori operativi sul territorio</p>
<p>Collaborazione con le USCO</p>	<p>Potenziare la presa in carico e la sorveglianza territoriale attiva per i pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio affetti da COVID-19, dimessi, o paucisintomatici non ricoverati e per i pazienti in isolamento fiduciario a seguito di contatti di caso o i pazienti sintomatici senza evidenza di contatto, nonché i pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti che a seguito dell'emergenza in corso costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione (Azione 8)</p>	<p>Garantire l'assistenza al domicilio dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero: l'If effettuerà l'analisi dell'ambiente di vita e il tracciamento, valutazioni secondarie per il mantenimento della situazione di isolamento e per gli stili di vita da adottare al fine di evitare altre situazioni di contagio, aggravamento, complicanze.</p> <p>A tal proposito l'infermiere provvede ad individuare il necessario personale a supporto e gestione del soggetto posto in isolamento: il caregivers.</p>	<p>Reports: dati di attività in relazione all'emergenza Covid-19</p>	

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi anno 2020											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Azione 1												
Azione 2												
Azione 3												
Azione 4												
Azione 5												
Azione 6												
Azione 7												
Azione 8*												

*Tali azioni possono essere prorogate alla luce di una situazione emergenziale in costante evoluzione.

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi anno 2021											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Azione 1												
Azione 2												
Azione 3												
Azione 4												
Azione 5												
Azione 6												
Azione 7												
Azione 8*												

*Tali azioni possono essere prorogate alla luce di una situazione emergenziale in costante evoluzione.

PROGETTO REDATTO DA:

Dott.ssa BRAIA Angela – Dirigente U.O.S.D. Qualità, Accreditamento e Servizio delle Professioni Sanitarie e Sociali
Dott.ssa Caputo Brunella – IDF Gestione e Monitoraggio Modelli Organizzativi e Complessità Assistenziale
Dott.ssa Mastrogiulio Maria Lucia- IDF Gestione Dimissioni
Dott.ssa Cito Carmela- IDF Gestione Ambulatorio Infermieristico Cronicità



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

Unità Operativa Semplice Dipartimentale

Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali

Dirigente: Dott. Vito Petrarà

Segreteria: Tel. 0835.253540 - Fax 0835.253617 – e-mail: s.professionisanitarie@asmbasilicata.it