

Allegato 2a Relazioni tecniche sintetiche

Relazione tecnica e cronoprogramma

Scheda intervento

1	Codice intervento e Titolo	COD. 6.1 Infermiere di famiglia e di "comunità": I nuovi protagonisti della sanità territoriale
2	Costo e copertura finanziaria	LEGGE DI STABILITA' € 662.000,00
3	Oggetto dell'intervento	Nel processo di riorganizzazione del sistema sanitario nazionale, a fronte di un decentramento dell'attività ospedaliera a favore di un potenziamento dei servizi sanitari territoriali e delle cure primarie, l'introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e 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 medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei Distretti sanitari, costituirà una soluzione efficace per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione socio-sanitaria.
4	CUP	
5	Localizzazione intervento	29 comuni dell'area pilota Cilento interno
6	Coerenza programmatica e contestualizzazione dell'intervento	L'ASL Salerno comprende l'intera area della provincia di Salerno, che si estende su una superficie di 4.917,17 Km². che rappresenta il 36,0 % della superficie regionale, ripartita tra montagna interna, per il 29,0 %, collina interna, per il 44,6 %, collina litoranea, per il 14,8 % e pianura per l'11,4 % del territorio. Nella provincia di Salerno insistono 158 comuni: -21 con un elevato grado di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 56% del totale; -40 con un livello medio di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 23%; -97 con un basso livello di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 21%. L'area a basso livello di urbanizzazione è localizzata prevalentemente nelle zone della collina e della montagna interna, coincidente in parte con l'area pilota Cilento Interno. La Popolazione della suddetta area, vive per il 59% in zone interne, con paesi che non raggiungono i 600 abitanti e con indici di spopolamento che raggiungono il -5.9%. I servizi territoriali di base, nell'area del Cilento interno, in conseguenza allo spopolamento dell'area sono rarefatti. Vi è la presenza di due ospedali (Roccadaspide e Vallo della Lucania) ed i territori più periferici dell'area sono scoperti dalle emergenze. Infatti, i tassi di ospedalizzazione con codice di priorità di colore bianco e verde sono altissimi, il tasso di ospedalizzazione della popolazione over 75 è del 499.34%. L'allungamento dell'aspettativa di vita e la maggiore prevalenza delle patologie croniche ad alta complessità assistenziale rappresentano la maggiore causa di mortalità con un trend in progressivo aumento, impone un ripensamento del sistema di offerta sanitaria.

7	Descrizione dell'intervento (sintesi della relazione tecnica)	In questo periodo di cambiamento relativo “al riordino dell’assistenza territoriale”, anche al sistema delle cure primarie è richiesto un passaggio ad un nuovo paradigma con la istituzione delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali). L'Azienda Sanitaria Salerno ha individuato n 40 AFT, di cui, n 2 per DS 69, e n 4 per DS 70. Per favorire la gestione integrata dei pazienti cronici e per rispondere ai bisogni connessi alle caratteristiche demografiche, orografiche e socio-culturali del territorio nel 1° trimestre 2020, saranno attivati Ambulatori Infermieristici per i pazienti cronici nei Distretti 70, nel comune di Vallo della Lucania. Nel secondo trimestre 2020 sarà attivato l’Ambulatorio Infermieristico presso il Distretto n° 69 di Capaccio /Roccadaspide. Negli ambulatori infermieristici verranno effettuate diverse attività come per esempio la medicazione di semplice ferite o di ferite chirurgiche, la somministrazione di terapia prescritta per via parenterale, intramuscolare, endovenosa o sottocutanea. Dall'analisi dei bisogni connessi alla presa in carico del paziente cronico con comorbidità, e, nell’ottica del riassetto della rete territoriale previsto dalla <i>Legge Balduzzi</i> nuovamente richiamato con il successivo Patto per la salute 2019- 2021, è necessario il rafforzamento dei succitati servizi di assistenza territoriale a cui può concorrere anche l’istituzione dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità, che fungerà da supporto e da anello di congiunzione tra l’ambulatorio infermieristico e il domicilio del paziente. Inoltre, verrà individuato un Coordinatore relativamente agli ambulatori infermieristici. Partendo da una popolazione target con età superiore ai 65 anni pari a circa 12.983 unità, sulla base di specifici criteri di inclusione che hanno evidenziato un fabbisogno per circa 2000 pz, verranno selezionati 4 infermieri di comunità, una ostetrica di comunità e tre operatori socio sanitari. Si ritiene importante per la salvaguardia della salute della donna sia in età fertile che in età post-menopausa, individuare, oltre le ostetriche che già operano presso i consultori distrettuali, una ostetrica che operi al domicilio delle assistite. L’ostetrica opererà secondo criteri di inclusione da definire con il Distretto. SHEDA PROGETTO 6.5 INCENTIVAZIONE RIORGANIZZAZIONE DELL’ASSISTENZA PRIMARIA Il modello di rete sanitaria previsto per le aree interne dell’ASL Salerno 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’IFeC avvengono attraverso la presa in carico su indicazione del mmg, cui l’ifec 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'ifec fungeranno 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 Famiglia e 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 n° 69 e 70 – Ambulatori Infermieristici Distrettuali – Studi dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta – Struttura Formazione. Per la realizzazione del Progetto si prevedono i seguenti interventi: • Reclutamento del personale infermieristico e di operatori socio sanitari da dedicare all'attività. Il personale verrà reclutato nell'ambito del distretto di riferimento. <u>Trascorsi i 36 mesi di sperimentazione, il costo del personale sarà previsto nel piano assunzionale dell'ASL e imputato a spesa corrente.</u> A valere su altre fonti finanziarie, completano l'intervento: • Definizione del percorso formativo rivolto ai neo – IF e C. A supporto dello sviluppo del nuovo modello organizzativo
--	--	--

		assistenziale 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 (SCHEDA PROGETTO 6.3 CORSO DI AGGIORNAMENTO IN ITC PER LE PROFESSIONI SANITARIE); Sviluppo di software e applicativi che consentano l'accesso ai MMG, IF e C, Ambulatori infermieristici e Distretti Sanitari e la possibilità di usufruire di servizi digitali altamente innovativi, supportati dalle tecnologie informatiche integrate con attività face-to-face, per screenare e monitorare lo stato di salute e la fragilità della popolazione. (SCHEDA PROGETTO 6.2 SERVIZI DIGITALI PER LA SALUTE DEI CILENTANI);
8	Risultati attesi	- 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 (SCHEDA PROGETTO 6.5 INCENTIVAZIONE RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA); - Garantire la presa in carico dei cittadini attraverso la continuità assistenziale tra ospedale e servizi sanitari territoriali (SCHEDA PROGETTO 6.5 INCENTIVAZIONE RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA); - 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; - Realizzare un sistema informativo che metta in rete l'IFeC, 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.
9	Indicatori di realizzazione e risultato	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 risultati effettivi. Gli strumenti utilizzati dagli operatori nel corso del monitoraggio sono: Realizzazione: - Numero pazienti cronici presi in carico: almeno 400 soggetti ad infermiere. Risultato: - Tasso di ospedalizzazione evitabile (base line 1051,2*, target

		602,2). * dato ricavato da OPEN KIT del Comitato SNAI.
10	Modalità previste per l'attivazione del cantiere	Procedura ad evidenza pubblica ai sensi del vigente Codice dei Contratti
11	Progettazione necessaria per l'avvio dell'affidamento	Livello unico di progettazione
12	Progettazione attualmente disponibile	Scheda progetto
13	Soggetto attuatore	ASL Salerno
14	Responsabile dell'Attuazione/RUP	Dott.ssa Maria Anna Fiocco

Tipologie di spesa

Voci di spesa	Descrizione	Valuta
Costi del personale	n. 4 infermieri + 1 ostetrica per 36 mesi (x ALMENO 2000 SOGGETTI ULTRASESSANTACINQUENNI) n. 3 operatori socio sanitari per 36 mesi	€ 530.000,00 € 100.000,00
Spese notarili		
Spese tecniche	Progettazione, direzione dell'esecuzione del programma, (coordinamento, direzione e controllo tecnico-contabile).	€ 10.000,00
Opere civili		
Opere di riqualificazione ambientale		
Imprevisti		
Oneri per la sicurezza		
Acquisto terreni		
Acquisto beni/forniture		
Acquisizione servizi	Noleggio n. 2 auto per 36 mesi	€ 22.000,00
Spese pubblicità		

Cronoprogramma delle attività

Fasi	Data inizio prevista	Data fine prevista
Fattibilità tecnica ed economica/Livello unico di progettazione	01/01/2020	31/01/2020
Progettazione definitiva		
Progettazione esecutiva		
Pubblicazione bando / Affidamento lavori/ servizi	01/02/2020	31/07/2020
Esecuzione	31/07/2020	30/07/2023
Collaudo/funzionalità	01/09/2023	30/09/2023

Cronoprogramma finanziario

Trimestre	Anno	Costo
I trimestre	2020	€ 10.000,00

IV trimestre	2021	€ 88.300,00
IV trimestre	2022	€ 220.850,00
IV trimestre	2023	€220.850,00
Costo totale		€ 662.000,00