

Allegato 2a Relazioni tecniche sintetiche

Relazione tecnica e cronoprogramma

Scheda intervento

1	Codice intervento e Titolo	Progetto "Sviluppo delle aree del Cilento Interno" Incentivazione e riorganizzazione dell'Assistenza Primaria
2	Costo e copertura finanziaria	€372.000,00 LEGGE DI STABILITA'
3	Oggetto dell'intervento	Potenziamento dell'assistenza sanitaria di base sul territorio dei comuni attraverso una maggiore e continuativa presenza di Medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera Scelta che in collaborazione con infermieri di comunità e operatori socio sanitari opereranno per contrastare l'isolamento degli anziani e dei malati.
4	CUP	
5	Localizzazione intervento	Tutti i comuni dell'area pilota
6	Coerenza programmatica e contestualizzazione dell'intervento	<p>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 % della superficie regionale, ripartita tra montagna interna, per il 29 %, 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 Comuni con elevato livello di urbanizzazione (popolazione residente 56%), 46 Comuni con medio livello di urbanizzazione (popolazione residente 23%), 97 Comuni con basso livello di urbanizzazione (popolazione residente 21%).</p> <p>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.</p> <p>L'Area del Cilento Interno, che interessa il Progetto, è composta da 29 comuni: Acquara, Bellosguardo, Campora, Cannalonga, Castelcivita, Castelnuovo Cilento, Castel San Lorenzo, Ceraso, Controne, Corleto Monforte, Felitto, Gioi, Laurino, Magliano Vetere, Moio della Civitella, Monteforte Cilento, Novi Velia, Orria, Ottati, Perito, Piaggine, Roccadaspide, Roscigno, Sacco, Salento, Sant'Angelo a Fasanella, Stio, Valle dell'Angelo e Vallo della Lucania.</p> <p>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% dei 29 comuni, 14 sono classificati come ultraperiferici.</p> <p>Il numero di studi medici di MMG e di PLS dei comuni del Distretto Sanitario 69 Capaccio-Roccadaspide che rientrano nel Progetto è: Acquara 3 di MMG e 1 di PLS; Bellosguardo 2 di MMG; Castelcivita, 2 di MMG Castel San Lorenzo 2 di MMG;</p>

		<p>Controne 2 di MMG; Corleto Monforte 1 di MMG e 1 di PLS; Felitto 2 di MMG; Laurino 2 di MMG e 1 di PLS; Monteforte Cilento 1 di MMG; Ottati 2 di MMG; Piaggine 3 di MMG e 1 di PLS; Rocccadaspide 4 di MMG e 1 di PLS; Rosignano 3 di MMG; Sacco 1 di MMG; Sant'Angelo a Fasanella 1 di MMG; Valle dell'Angelo 1 di MMG.</p> <p>Per i comuni del Distretto Sanitario 70 Vallo della Lucania Agropoli è: Vallo della Lucania 5 MMG e 3 PLS; Cannalonga 1 di MMG; Castelnuovo Cilento 2 di MMG; Ceraso 1 di MMG; Gioi 1 di MMG; Magliano Vetere 1 di MMG; Moio della Civitella 2 di MMG; Novi Velia 2 di MMG; Orria 1 di MMG; Perito 1 di MMG; Salento 2 di MMG; Stio 1 di MMG</p> <p>Dall'analisi del dato si evidenzia l'assenza di studio di MMG solo presso il comune di Campora del Distretto Sanitario 70, mentre l'assenza degli studi di PLS è sicuramente il dato che presenta la criticità maggiore essendo gli studi di PLS assenti nella maggior parte dei comuni di interesse di entrambi i Distretti Sanitari. L'intervento cerca di indurre indirettamente attraverso interventi strutturali e fornendo servizi la presenza più assidua sul territorio dei MMG e dei PLS.</p> <p>Con oneri a carico di altra progettualità è già prevista e in corso l'attivazione delle AFT, e quindi non oggetto del presente intervento: n. 2 per il Distretto Sanitario 69 Capaccio-Rocccadaspide n. 4 per il Distretto Sanitario 70 Vallo della Lucania Agropoli.</p>
7	Descrizione dell'intervento (sintesi della relazione tecnica)	<p>Obiettivi di progetto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. favorire l'assistenza sanitaria dei MMG aumentando il numero dei giorni di apertura degli studi già presenti sul territorio ed il numero degli studi dei MMG; 2. favorire l'assistenza sanitaria dei PLS aumentando il numero dei giorni di apertura degli studi già presenti sul territorio ed il numero degli studi dei PLS; 3. organizzare e programmare l'apertura di nuovi studi di MMG nel 60% dei comuni utilizzando come criterio di scelta la maggiore necessità assistenziale per la popolazione ultrasessantacinquenne tenendo conto delle condizioni orogeografiche e di viabilità. 4. organizzare e programmare l'apertura di nuovi studi di PLS nel 40%

dei comuni utilizzando come criterio di scelta il maggior numero di abitanti in età pediatrica tenendo di conto le condizioni orogeografiche e di viabilità.

L'intervento, già anticipato come da regolare interlocuzione istituzionale con i MMG e PLS presenti sul territorio, è finalizzato all'individuazione e finanziamento di forme di incentivazione e miglioramento dell'assistenza sanitaria di base nel territorio per contrastare l'isolamento dei pazienti.

La presenza per più giorni a settimana dei MMG e dei PLS sui territori dei vari Comuni, potrebbe essere garantita anche attraverso la riorganizzazione dell'assistenza primaria con forme organizzative monoprofessionali, AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali).

Le AFT garantiscono l'attività ambulatoriale dalle 8 alle 20 in più turni in cui si alternano MMG che operano per tutti gli assistiti che, negli orari in cui non è disponibile il proprio Medico, necessitano di assistenza ambulatoriale.

Ferma restante l'impossibilità di incentivare economicamente i medici ed i pediatri, la fase di progettazione dell'intervento individuerà, con la collaborazione di medici, pediatri ed amministratori, forme di incentivazione indiretta quali:

- disponibilità dello studio professionale, attraverso una convenzione che l'ASL stipulerà con i Comuni che metteranno a disposizione i locali, completo di arredi e strumentazione; Ugualmente per i locali che ospiteranno le AFT.
- disponibilità di infermieri e di oss, che collaboreranno con i medici ed i pediatri.

Per garantire l'integrazione tra sociale e sanitario, come previsto dal patto della salute, gli operatori socio-sanitari saranno a supporto del MMG/infermiere 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.

I medici ed i pediatri con la collaborazione degli infermieri, garantiranno la effettiva presa in carico e il monitoraggio degli indicatori di salute.

Gli studi nei giorni in cui non saranno utilizzati dai medici e dai pediatri verranno utilizzati come ambulatori infermieristici.

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, anche ai fini di migliorare la compliance delle terapie.

(SCHEDA PROGETTO 6.1 INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA': I NUOVI PROTAGONISTI DELLA SANITA' TERRITORIALE).

I Comuni in cui si effettuerà l'intervento saranno individuati in base alla disponibilità di MMG e PLS e in base quanto sarà pianificato a livello regionale relativamente alla legge di bilancio n.160 del 27.12.2019 che prevede il decreto attuativo per strumenti diagnostici a medici di base e pediatri.

		Nelle somme viene prevista una quota per lavori di ristrutturazione e una quota per ristoro utenze per i Comuni che possono essere tra loro rimodulate sulla base della individuazione delle sedi che avverrà dopo l'approvazione dell'atto programmatico regionale. Al termine dell'intervento la quota per le utenze resta all'interno del bilancio della ASL.
8	Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Favorire la presa in carico dell'assistito, che inizia mediante la stesura di un piano di assistenza individuale e la sottoscrizione di un consenso informato attraverso un modello che l'Asl definirà nell'ambito del comitato MMG aziendale. • Ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso, i ricoveri inappropriati e i ricoveri ripetuti per frequenti riacutizzazioni di patologie croniche e relative complicanze.
9	Indicatori di realizzazione e risultato	<p>Realizzazione: Numero di azioni finanziate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • numero di nuovi studi; • numero di interventi di ristrutturazione e/o adeguamento degli studi. <p>Risultato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero di giorni in più di apertura degli studi medici. • Tasso di ospedalizzazione evitabile (base line 1051,2*, target 602,2). * dato ricavato da OPEN KIT del Comitato SNAI. <p>Verifica semestrale degli interventi effettuati attraverso il monitoraggio del:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero pazienti presi in carico; • Numero di accessi impropri ai PS nell'anno del paziente confrontato con quello dell'anno precedente; • Numero ricoveri ospedalieri nell'anno del paziente confrontato con quello dell'anno precedente; • Numero di ricoveri ripetuti per patologie croniche e relative complicanze nell'anno confrontato con quello dell'anno precedente.
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	<ul style="list-style-type: none"> • ASL Salerno
14	Responsabile dell'Attuazione/RUP	Dott.ssa Maria Anna Fiocco

Tipologie di spesa

Voci di spesa	Descrizione	Valuta
Costi del personale		
Spese tecniche	Progettazione, direzione dell'esecuzione del programma, (coordinamento, direzione e controllo tecnico-contabile).	€ 20.000,00
Opere civili	Spese ristrutturazione locali comunali	€95.000.000
Opere di riqualificazione ambientale		
Imprevisti		
Oneri per la sicurezza		
Acquisto terreni		
Acquisto beni/forniture	<ul style="list-style-type: none"> • postazioni PC - 1x€500 • arredi (scrivania, sedie, scaffali, vetrinetta, lettino) - 1x€1500 • Piccolo strumentario (fonendo, sfignomometro, glucometro, saturimetro, termometro digitale, macchina per aspirazione tracheale, asta porta flebo, borsa attrezzata per assistenza domiciliare) e beni medicali – 1x€3000 Il calcolo è stato fatto su 18 studi (il 60% previsto).	€ 9.000,00 € 27.000,00 € 54.000,00
Acquisizione servizi	Spese per utenze intestato all'ASL – 1x€250 Il calcolo è stato fatto su 18 studi (il 60% previsto) spalmato su 36 mensilità.	€ 162.000,00
Spese pubblicità		5.000,00

Cronoprogramma delle attività

Fasi	Data inizio prevista	Data fine prevista
Fattibilità tecnica ed economica/Livello unico di progettazione	01/01/2020	31/03/2020
Progettazione definitiva		
Progettazione esecutiva		
Pubblicazione bando / Affidamento lavori/ servizi	01/04/2020	31/07/2020
Esecuzione	31/07/2020	30/09/2020

Collaudo/funzionalità	01/10/2020	31/10/2020

Cronoprogramma finanziario

Trimestre	Anno	Costo
I trimestre	2020	10.000,00
II trimestre	2020	197.500,00
III trimestre	2020	197.500,00
I trimestre		
I trimestre		
Costo totale		€372.000,00