

PROTOCOLLO OPERATIVO

“BOTTEGHE DELLA COMUNITÀ”



SOMMARIO

1. Griglia di condivisione	3
2. Scopo e campo di applicazione	3
3. Premessa e descrizione del modello organizzativo	3
4.1 Strutture coinvolte e articolazione delle competenze	8
4.2 Professionisti coinvolti nelle "Botteghe della Comunità" e copertura del servizio	9
4.3 Professionisti coinvolti nella bottega hub di Valle dell' Angelo e copertura del servizio	10
4.4 Strumenti informatici, connessioni e piattaforme applicative	11
4.5 Apparecchiature elettromedicali e dispositivi medici	11
4. Attività operative degli infermieri della Bottega della Comunità	11
5.1 Bottega della Comunità - DIMENSIONE CITTADINO	12
5.2 Bottega della comunità' - DIMENSIONE COMUNITARIA.....	15
5.3 PERSONAS – LA STRATIFICAZIONE SOCIO SANITARIA DELLA POPOLAZIONE	16
5. Risultati attesi	20
Normativa di riferimento.....	21

1. GRIGLIA DI CONDIVISIONE

Il protocollo è destinato a tutto il personale operante presso le Botteghe della Comunità e a coloro che, a vario titolo, sono coinvolti nelle attività delle Botteghe.

Nome & Cognome	Qualifica	
Gennaro Sosto	Direttore Generale	ASL Salerno
Primo Sergianni	Direttore Sanitario	ASL Salerno
Germano Perito	Direttore Amministrativo	ASL Salerno
Marilina Aloya	Direttore Distretto	ASL Salerno
Claudio Mondelli	Direttore Distretto	ASL Salerno
Andrea Giannattasio	Direttore Amministrativo DDSS	ASL Salerno
Bruno Atorino	Direttore Cure Domiciliari	ASL Salerno
Maria Anna Fiocco	Direttore Bilancio e RUP Botteghe	ASL Salerno
Vanessa Mazziotti	Direttore ABS	ASL Salerno
Maurizio Pilerci	Direttore Ufficio Tecnico ASL	ASL Salerno
Mariarosaria Cillo	Direttore Dipartimento farmaceutico	ASL Salerno
Anna Bellissimo	Direttore Gestione rischio clinico	ASL Salerno
Francesca Perrina	Responsabile UOSD Ingegneria Clinica	ASL Salerno
Francesco Colavita	Dirigente area strategica ASL	ASL Salerno
Antonio Coppola	Direttore Coordinamento Sociosanitario	ASL Salerno
Sara Marino	Responsabile UOSD Monitoraggio LEA	ASL Salerno
Antonella Pacifico	Dirigente professioni sanitarie - territorio	ASL Salerno
Vincenzo Sica	Medico MMG – Coordinatore AFT	
Girolamo Auricchio	Presidente Aree Interne Cilento	
Pina Arcaro	già Direttore Distretto	
Massimo D'Andrea	già Direttore Cure Primarie	

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente protocollo ha lo scopo di descrivere l'organizzazione e le attività operative delle Botteghe della Comunità attivate dalla ASL Salerno.

3. PREMESSA E DESCRIZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

Al fine d'implementare la rete territoriale di assistenza sociosanitaria nelle aree interne della provincia (anche rispetto a quanto previsto dal DM 77/2022¹), l'ASL Salerno ha avviato una sperimentazione nell'area interna del Cilento che coinvolge direttamente 29 Amministrazioni comunali.

L'ASL vuole diffondere sul territorio la medicina di popolazione, ponendosi come obiettivo la promozione della salute della popolazione della provincia e nello specifico delle aree interne, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione e identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo

¹ DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085) [\(GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022\)](#)

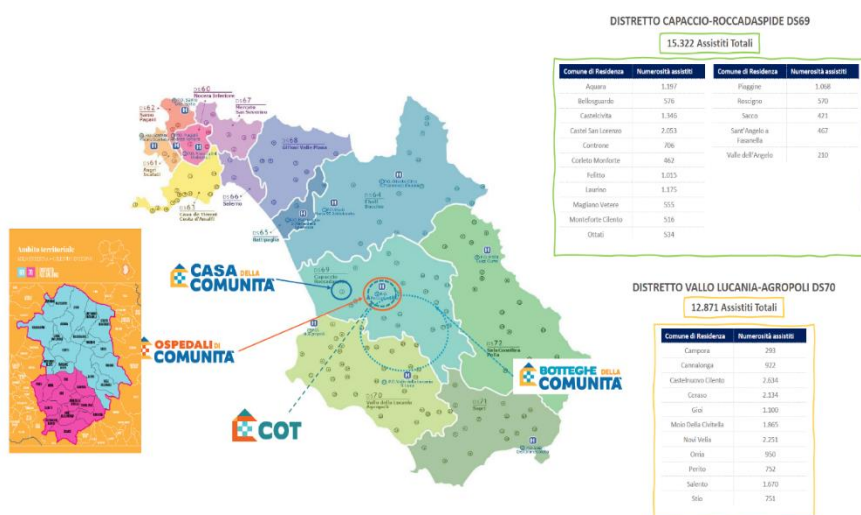
di dati. La sanità d'iniziativa è un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa.

L'ASL Salerno persegue questa visione mediante le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare:

- attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità e della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;
- attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di equipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità ("Planetary Health");
- con logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- con modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- attraverso la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti;
- attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (ASL, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.). In questo ambito. Le farmacie convenzionate con il SSN ubicate uniformemente sull'intero territorio, costituiscono presidi sanitari di prossimità e rappresentano un elemento fondamentale e integrante del Servizio sanitario nazionale.

In particolare, la rete capillare delle farmacie convenzionate con il SSN assicura quotidianamente prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza.

L'ASL ha attivato la sperimentazione gestionale, integrando le risorse della Missione 6, della Missione 5 del PNRR e della Strategia delle Aree Interne (SNAI) progettando, con l'ausilio dei 29 Comuni, delle cure primarie e delle farmacie che insistono nell'area interna, un modello diffuso di strutture di prossimità sociosanitarie definito Botteghe della Comunità per un bacino di



28 mila cittadini serviti.

L'Asl Salerno ha quindi integrato alcuni finanziamenti Missione 6, della Missione 5 del PNRR e della strategia delle Aree Interne (SNAI). Con l'ausilio dei 29 comuni che insistono nell'area del Cilento interno sui Distretti 69 e 70, ha progettato un modello organizzativo diffuso e costituito da una serie di strutture di prossimità sociosanitarie denominate "Botteghe della Comunità", per portare i servizi sanitari e sociosanitari il più vicino possibile ai cittadini e, al contempo, contrastare lo spopolamento dei piccoli Comuni beneficiari. Esse rappresentano una novità organizzativa per la rete assistenziale della Regione Campania, e rientrano funzionalmente nella direzione del Distretto.

Le Botteghe della Comunità sono infatti il luogo fisico pubblico di prossimità, al quale il cittadino può accedere gratuitamente per entrare in contatto con il sistema di assistenza socio-sanitaria e per ricevere assistenza infermieristica. In particolare il modello organizzativo è costituito da 27 ambulatori infermieristici denominati Botteghe della Comunità, presenti in tutti i 27 Comuni coinvolti (oltre che nei PO di Roccadaspide e di Vallo della Lucania), che funzionano da "spoke" e da un ambulatorio multispecialistico, realizzato nel Comune di Valle dell'Angelo (SA), che funziona da "hub", all'interno del quale, oltre all'espletamento del servizio infermieristico, è attivo un servizio medico specialistico per la gestione delle malattie croniche che risultano maggiormente rappresentate nella popolazione interessata, e precisamente:

- diabete e sue complicanze;
- malattie cardiovascolari;
- malattie croniche dell'apparato respiratorio;
- patologie cerebro-vascolari compreso demenze;



Tali attività, di medicina di prossimità e di contrasto alla fragilità, è svolta sia in presenza, attraverso servizi infermieristici e specialistici dedicati, sia a distanza mediante l'utilizzo di strumenti digitali, per ricordare i medici specialisti di cui sopra, i pazienti, i MMG, gli infermieri degli ambulatori e i sanitari dei Distretti di riferimento, anche con la collaborazione della rete di farmacie dei servizi insistenti nel territorio interessato che hanno aderito al progetto.

Questo progetto sperimentale definisce così un nuovo modello di medicina territoriale, che in risposta ai bisogni dei cittadini fragili e senza duplicazioni di percorsi, attua servizi innovativi, in stretta

sinergia con l'Assistenza Sanitaria di Base, tesi a contrastare la non autosufficienza, concorrendo al contempo alla riduzione dello spopolamento dei piccoli Comuni.

Oltre all'ambulatorio multispecialistico (HUB) di Valle dell'Angelo, le Botteghe della Comunità sono presenti nei seguenti Comuni:

Comuni del Cilento interno sede di Botteghe della Comunità	
Aquara	Magliano Vetere
Bellosguardo	Moio della Civitella
Campora	Monteforte Cilento
Cannalonga	Novi Velia
Castelcivita	Orria
Castelnuovo Cilento	Ottati
Castel San Lorenzo	Perito
Ceraso	Piaggine
Controne	Roscigno
Corleto Monforte	Sacco
Felitto	Salento
Gioi	Sant'Angelo a Fasanella
Laurino	Stio
Partecipano al modello anche gli Ospedali per acuti di Vallo della Lucania e l'Ospedale di Comunità di Roccadaspide.	

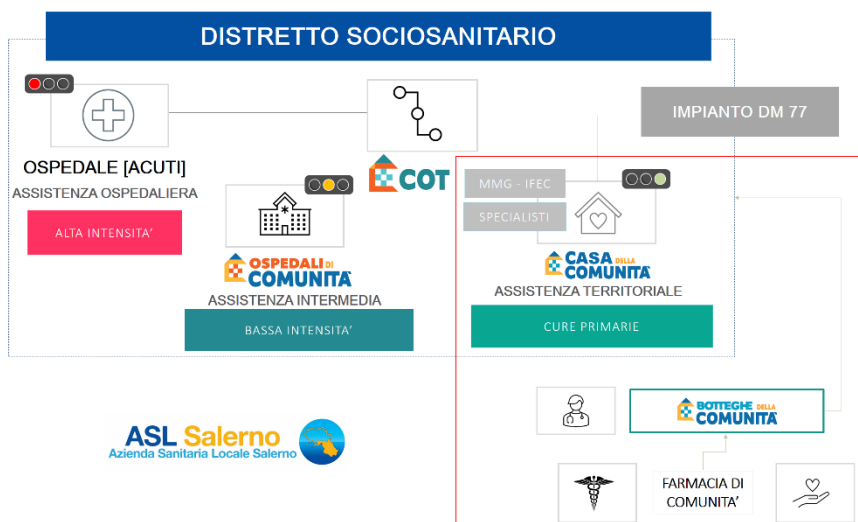
Le Botteghe della Comunità afferiscono ai Distretti n. 69 e 70, e sono funzionalmente collegate all'Ospedale di Comunità di Roccadaspide e alle COT dei due Distretti, oltre che all'Ospedale per acuti di Vallo della Lucania.

La Bottega è un presidio di prossimità sociosanitaria all'interno del quale lavora un infermiere, coadiuvato dagli altri professionisti territoriali (professionisti dei servizi sociali del Comune e/o dell'Ambito Sociale, assistenti sociali e farmacisti rurali dei paesi coinvolti) e dal volontariato con il servizio civile.

Il servizio, nello specifico, è svolto tramite specialisti per 5 giorni settimanali (ogni giorno è dedicato a una specifica branca), dal lunedì al venerdì. Le ore previste in presenza (4 ore complessivamente) sono effettuate presso la Bottega HUB e per 8 ore settimanali per ciascuna branca specialistica da remoto.

Alla tecnologia è poi deputato il compito di collegare le Botteghe, tramite l'utilizzo diffuso della telemedicina. Oltre al servizio infermieristico di prossimità, in ognuna delle Botteghe è attivo un servizio specialistico in presenza e in telemedicina per la gestione delle malattie croniche a maggior prevalenza (diabete, malattie cardiovascolari, malattie croniche dell'apparato respiratorio, patologie cerebro-vascolari compreso demenze e polipatologie dell'anziano fragile).

Le Botteghe, oltre ad essere funzionalmente integrate con la Farmacia dei servizi per ogni paese coinvolto, ospitano anche i Medici di assistenza primaria della Medicina Generale e le Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT della zona, che ruotano su più sedi coprendo i propri assistiti o anche altri in caso di non copertura.



Alcune delle Botteghe, poi, ospitano i servizi di continuità assistenziale (ore notturne e giorni pre-festivi e festivi) oggi ospitati in altri locali. La loro centralità è data, sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di sanità di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti.

Nei distretti in cui è presente la Bottega della Comunità, per il set prestazionale inizialmente previsto (implementabile in corso d'opera) si specifica che le attività sopra descritte di competenza del Medico di assistenza primaria della Medicina Generale potranno essere svolte all'interno dell'ambulatorio "spoke" della Bottega della Comunità con il supporto dell'infermiere e dei professionisti sanitari operanti al suo interno. In particolare, l'infermiere sarà il primo punto di contatto, operando una fase di valutazione preliminare, inquadramento, analisi del bisogno, controllo e follow-up secondo protocolli operativi in corso di definizione. L'infermiere della Bottega, al bisogno, si racconderà con i Medici di assistenza primaria della Medicina Generale per eventuali approfondimenti clinici e richiesta di prestazioni.

Tra le principali attività di competenza dell'infermiere della Bottega si riportano:

misurazione dei parametri vitali, valutazione rischi di salute e fragilità, analisi del bisogno, attività di prevenzione (anche attraverso lo svolgimento di medicina di iniziativa) e promozione di stili di vita salutari, supporto svolgimento attività di telemedicina, raccordo con MMG e supporto nel coordinamento dei PDTA per le patologie croniche, raccordo e coordinamento con i vari interlocutori (quali distretti, ambulatori, servizi sociali, strutture ospedaliere e territoriali, COT, CdC, ADI, farmacie dei servizi).

Per i pazienti con esigenze specifiche, in accordo e condivisione con i Medici di assistenza primaria della Medicina Generale, è prevista la possibilità di fornire attività infermieristiche dedicate quali ad esempio medicazioni, formazione e supporto all'aderenza terapeutica,

monitoraggio degli indicatori di salute.

4.1 STRUTTURE COINVOLTE E ARTICOLAZIONE DELLE COMPETENZE

- Direzione Strategica Asl Salerno e responsabile di progetto
- Distretti Sanitari 69 e 70
- Cure primarie e Cure Domiciliari
- Ambulatori infermieristici distrettuali
- RUP
- DEC
- UU.OO. e di Assistenza domiciliare
- AFT (Medici di Medicina Generale) e Pediatri di Libera Scelta afferenti ai Distretti Sanitari
- Farmacie private convenzionate
- UOC Servizio informativo aziendale
- Dipartimento di Prevenzione
- Ditta esterna appaltatrice dei servizi professionali (personale infermieristico e medico)
- Amministrazioni comunali e professionisti sociali dei Comuni

All' **Asl Salerno**, attraverso le articolazioni distrettuali (DD.SS. 69 e 70), compete:

- la pianificazione strategica delle attività;
- la programmazione operativa del sistema erogativo;
- il monitoraggio dei Livelli di Servizi previsti (SLA) come da documenti contrattuali
- il controllo di qualità sull'efficacia delle prestazioni;
- il controllo sull'efficienza degli interventi e la gestione del budget orario;
- la determinazione dei protocolli organizzativi, gestionali e tecnico professionali del servizio di assistenza sanitaria di prossimità;
- la definizione dei criteri e le linee guida per l'inclusione dei cittadini (personas, bisogni e servizi)
- le pulizie dei locali.

Alla **ditta esterna appaltatrice dei servizi professionali** compete:

- l'individuazione di un referente per il coordinamento delle attività oggetto dell'appalto e per la gestione dei rapporti con i Direttori dei due Distretti Sanitari o loro delegati (figura di *Coordinatore*)
- la messa a disposizione del personale sanitario medico-infermieristico (team Bottega della Comunità) come previsto da documenti contrattuali
- l'organizzazione del personale sanitario medico-infermieristico, in termini di programmazione operativa, inclusa la definizione dei piani di lavoro
- la messa a disposizione di dispositivi per l'espletamento dei servizi, adatti ad interfacciarsi con la piattaforma applicativa messa a disposizione della Asl Salerno
- l'assistenza tecnica *full-risk* delle apparecchiature (messe a disposizione dalla ditta appaltatrice) per tutta la durata del contratto e la fornitura di tutto il materiale usurabile e consumabile necessario per il corretto funzionamento e l'utilizzo delle apparecchiature
- l'approvvigionamento e la sistemazione di idonei contenitori presso i locali dove verranno effettuate le attività per la raccolta dei rifiuti biologici
- organizzazione dei locali per immagazzinamento e custodia dei beni/materiali forniti dall'Azienda

- formazione e informazione di tutto il personale a qualsiasi titolo preposto alle attività di servizio

4.2 PROFESSIONISTI COINVOLTI NELLE "BOTTEGHE DELLA COMUNITÀ" E COPERTURA DEL SERVIZIO

I professionisti coinvolti nelle attività svolte presso le Botteghe della Comunità sono:

- Infermieri della Bottega
- AFT (Medici di assistenza primaria della medicina generale)
- Continuità assistenziale
- Assistenti Sociali
- Professionisti sociali
- Volontariato

La copertura delle Botteghe della Comunità e del servizio viene garantita dalle suddette figure ed il servizio è svolto secondo **programmazione operativa**, fornita dalla ditta appaltatrice e condivisa con i Direttori di Distretto e con il DEC sia in fase di adozione che di revisione.

Dalla programmazione operativa si evince l'elenco nominativo del personale con relativa qualifica. Di seguito i dettagli di copertura del servizio per figura professionale:

INFERMIERI

Presenza garantita di almeno 1 infermiere **3 giorni la settimana** per **5 ore al giorno**, per ognuna delle 27 sedi delle Botteghe di Comunità, secondo quanto riportato nel file di **programmazione operativa**.

MMG e AFT

Le Botteghe ospitano anche i Medici di assistenza primaria della medicina generale e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della zona, che ruotano su più sedi coprendo i propri assistiti e non.

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Presente solo in alcune delle Botteghe che ospiteranno i servizi di continuità assistenziale (ore notturne e giorni prefestivi e festivi).

PROFESSIONISTI SOCIALI

Completano l'equipe sociosanitaria i professionisti dei servizi sociali del Comune e/o dell'Ambito Sociale e dell'Ente Parco del Cilento.

FARMACIE DEI SERVIZI

Le farmacie rurali e dei servizi sono parte integrante della rete di offerta prestazionale delle Botteghe della Comunità. Sono demandate ai protocolli operativi tra l'ASL e le Farmacie le prestazioni eseguibili all'interno delle Farmacie.

VOLONTARIATO E CITY COMPETENT

Partecipano all'ecosistema delle Botteghe anche il volontariato e i city competent individuati tramite il percorso formativo aziendale. La finalità è quella di favorire alleanze tra professionisti della ASL e delle Botteghe e cittadini del Cilento interno, per sensibilizzare e far conoscere i servizi sociosanitari delle Botteghe.

4.3 PROFESSIONISTI COINVOLTI NELLA BOTTEGA HUB DI VALLE DELL'ANGELO E COPERTURA DEL SERVIZIO

I professionisti coinvolti nelle attività svolte presso la Bottega HUB di Valle dell' Angelo, sono infermieri e medici delle branche:

- cardiologia
- diabetologia
- pneumologia
- geriatria
- neurologia

La copertura della sede multispecialistica di Valle dell'Angelo e del servizio viene garantita dalle suddette figure ed il servizio è svolto secondo **programmazione operativa**, fornita dalla ditta appaltatrice e condivisa con i Direttori di Distretto e con il DEC sia in fase di adozione che di revisione. Dalla programmazione operativa si evince l'elenco nominativo del personale con relativa qualifica. Di seguito i dettagli di copertura del servizio per figura professionale.

INFERMIERI

È garantita la presenza di due infermieri, ciascuno per un numero di **36 ore settimanali**, distribuite su **5 giorni** lavorativi, dal lunedì al venerdì, secondo quanto riportato nel documento di **programmazione operativa**. Gli infermieri dell'ambulatorio multispecialistico hanno anche il compito di coordinamento e raccordo tra le varie strutture/ambulatori presenti nelle aree beneficiarie del servizio

MEDICI SPECIALISTI

È garantita la presenza di medici specialisti, delle branche di cui sopra, per **5 giorni alla settimana**, dal lunedì al venerdì (ogni giorno verrà dedicato ad una specifica branca). Ogni specialista è presente 4 ore/settimana concentrate in un unico giorno, on site presso l'ambulatorio multidisciplinare di Valle dell'Angelo, ed è disponibile per altre 8 ore/settimana per attività da remoto di televisita e telerefertazione.

COORDINATORI

Sono previsti coordinatori per la gestione organizzativa complessiva del servizio, anche con compiti di supporto tecnico-formativo al personale dell'assistenza infermieristica e specialistica. Le attività di coordinamento sono svolte con modalità da concordare con il Responsabile del progetto e i Direttori dei Distretti Sanitari 69 e 70.

VOLONTARIATO E CITY COMPETENT

Partecipano all'ecosistema delle Botteghe anche il volontariato e i city competent individuati tramite il percorso formativo aziendale. La finalità è quella di favorire alleanze tra professionisti della ASL e delle Botteghe e cittadini del Cilento interno, per sensibilizzare e far conoscere i servizi sociosanitari delle Botteghe.

4.4 STRUMENTI INFORMATICI, CONNESSIONI E PIATTAFORME APPLICATIVE

La piattaforma applicativa web per la **Televisita e Telerefertazione** è messa a disposizione dalla Asl Salerno per garantire l'interoperabilità con i servizi e i sistemi aziendali e regionali, tra cui il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

A tendere, e quando rilasciata, anche nelle Botteghe verrà utilizzata, una volta a regime, la piattaforma regionale per la telemedicina prevista dall'investimento della M6 del PNRR.

Sono invece forniti dalla ditta appaltatrice dell'appalto n. 27 PC multimediali, dotati di: webcam ad alta definizione, microfono e casse acustiche, monitor LCD 24" ad alta definizione e stampante laser A4 (da destinarsi ai 27 ambulatori).

La ditta appaltatrice è anche responsabile della connessione internet e delle relative utenze, presso ciascuna sede delle botteghe e dell'ambulatorio specialistico, e dell'assistenza tecnica full risk, comprensiva di tutto il materiale usurabile e consumabile necessario per il loro corretto funzionamento e utilizzo.

4.5 APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI E DISPOSITIVI MEDICI

Per il funzionamento della singola Botteghe della Comunità e per l'ambulatorio multispecialistico di Valle dell'Angelo, è prevista una dotazione di apparecchiature elettromedicali e dispositivi medici messa a disposizione dalla ASL, oltre ad alcune previste e che sono fornite dalla ditta appaltatrice.

4. ATTIVITÀ OPERATIVE DEGLI INFERMIERI DELLA BOTTEGA DELLA COMUNITÀ

La Bottega della Comunità rappresenta il punto di incontro tra i singoli cittadini residenti nell'area del Cilento interno e l'offerta sociosanitaria dell'ASL di Salerno e delle Amministrazioni comunali coinvolte, oltre che le Farmacie del territorio.

Le attività infermieristiche delle Botteghe, da effettuare in conformità ai regolamenti e alle procedure aziendali, sono riconducibili a:

- prestazioni proprie del profilo professionale dell'Infermiere (a titolo esemplificativo e non esaustivo: misurazione pressione arteriosa, prelievo capillare per misurazione glicemia, terapie iniettive, fleboclisi, iniezioni intramuscolo, sottocute, medicazioni, gestione bendaggi, gestione stomie, rimozione ed inserimento catetere vescicale, gestione catetere venoso centrale e periferico e quanto altro prevede il profilo del professionista sanitario)
- prestazioni di BLS (*Basic Life Support* - Supporto di Base delle Funzioni Vitali)
- raccordo nei rapporti con MMG e supporto nel coordinamento dei PDTA per le

- patologie croniche
- identificazione precoce del rischio di fragilità lungo le dimensioni nutrizionale, fisica, cognitiva e sociale
 - assistenza nell'esecuzione delle medicazioni, terapie ed esami strumentali
 - raccordo con i Distretti di riferimento al fine di potenziare l'assistenza sanitaria di base e
 - raccolta e analisi dei dati clinici ed epidemiologici mediante i sistemi informativi messi a disposizione dalla Asl Salerno
 - coordinamento e raccordo con i vari interlocutori quali distretti, ambulatori, Servizi sociali, strutture ospedaliere e territoriali, COT, Case di Comunità, ADI e farmacie aderenti al progetto
 - prestazioni di telemedicina e gestione dei dati
 - attività di prevenzione, di promozione di stili di vita salutari e di inclusione sociale

Inoltre, gli infermieri presenti nelle Botteghe della Comunità agiranno in sinergia con gli infermieri degli ambulatori infermieristici distrettuali già attivati e con le equipe territoriali impegnate, per l'attività di screening, punti prelievi e campagna vaccinale, oltre alle altre attività che l'Azienda Sanitaria riterrà utile attivare nelle Botteghe.

A titolo esemplificativo, l'ASL Salerno e il DIFARMA dell'Università di Salerno hanno la volontà di sperimentare attività di ricerca e di sviluppo sperimentale negli ambiti della metabolomica e della fenotipizzazione a fini clinici e preventivi, anche per il miglioramento dell'assistenza sanitaria e dei servizi digitali e di telemedicina. Il DIFARMA tramite protocollo formalizzato con la ASL, attraverso attività di ricerca, trasferimento tecnologico e formazione intende accompagnare percorsi di screening estesi al fine di realizzare una clusterizzazione clinica della popolazione in un determinato territorio funzionale alla customizzazione dell'assistenza, coerente con la tendenza alla domiciliarità delle cure, e alla realizzazione di un modello sperimentale di assistenza territoriale per le aree svantaggiate e più fragili.

Per tale motivo, nel presente protocollo è stata individuata una "DIMENSIONE CITTADINO", per le attività rivolte ai singoli individui, distinta da una "DIMENSIONE COMUNITARIA" per le attività di prevenzione primaria e secondaria rivolta all'intera comunità locale dei 27 comuni beneficiari.

5.1 BOTTEGA DELLA COMUNITÀ - DIMENSIONE CITTADINO

Le attività infermieristiche della "DIMENSIONE CITTADINO" sono tutte quelle attività offerte a favore dei singoli cittadini residenti nei 27 Comuni del Cilento Interno e riconducibili a due macrocategorie.

ATTIVITÀ INFERMIERISTICHE GENERALI: riferibili alla presa in carico di tutti i cittadini e suddivise in tre fasi:

- Fase accoglienza
- Fase di valutazione, inquadramento e analisi del bisogno
- Fasi di controllo e Follow up

ATTIVITÀ INFERMIERISTICHE SU ESIGENZE SPECIFICHE: offerte in base ai bisogni di ciascun cittadino categorizzato come "PERSONAS" e all'occorrenza sulla base delle esigenze dei

singoli e dei caregiver di riferimento. Tali attività devono essere condivise con i MMG, mediante richieste scritte ed impegnative quando possibile.

ATTIVITÀ INFERMIERISTICHE GENERALI

I ACCESSO: FASE ACCOGLIENZA

ATTIVITA'	DOCUMENTI
Presentazione della Bottega e dei servizi	Brochure
Spiegazione e consegna modulo consenso trattamento dati	Consenso informato
Firma del Consenso Informato da parte del Cittadino**	Consenso informato
Inserimento dati anagrafici registro cittadini della Bottega**	Cartella territoriale: sez. Anagrafiche
Rilascio tessera di arruolamento alla Bottega**	Tessera arruolamento
Registrazione primo accesso e attività svolte	Cartella territoriale: sez. Registro accessi
Appuntamento successivo	Tesserino appuntamenti Cartella territoriale: sez. Agenda
NOTE: ** queste attività possono essere svolte in alternativa al secondo accesso, in caso di iperaffluenza alla Bottega o di acquisizione del consenso con necessità di presenza del caregiver (demenza lieve del cittadino)	

II ACCESSO: FASE VALUTAZIONE, INQUADRAMENTO CITTADINO, ANALISI DEL BISOGNO

In questa fase si effettua la raccolta dell'anagrafica completa del cittadino e delle informazioni utili ad individuare la PERSONAS (tipo di cittadino in base al livello di autonomia con score sociosanitario), i suoi bisogni e l'eventuale condizione di fragilità o di assistenza.

ATTIVITA'	DOCUMENTI
Richiamo anagrafica del cittadino	Cartella territoriale: sez. Anagrafiche
Compilazione dati sanitari e sociali	Cartella territoriale: sez. Dati sanitari e sociali
Valutazione profilo PERSONAS Registrazione del profilo in cartella	Infografica PERSONAS Scale allegate Cartella territoriale: sez. Dati sanitari e sociali
Misurazione parametri: pressione, glicemia, etc.	Cartella territoriale: sez. Dati sanitari – diario infermieristico
Valutazione rischi di salute e di fragilità dimensioni nutrizionale, fisica, cognitiva e sociale	Cartella territoriale: sez. Dati sanitari e sociali Scale
Analisi del bisogno	Cartella territoriale: sez. scenario bisogni del cittadino e profilo di rischio + progetto di salute semplice e complesso- obiettivi e indicatori

Registrazione secondo accesso e attività svolte	Cartella territoriale: sez. Registro accessi
Raccordo con Medici di MG	Cartella territoriale: sez. sez. Richiesta prestazioni e Comunicazioni con MMG
Ev. appuntamento successivo su esigenze specifiche	Cartella territoriale: sez. Agenda + tesserino appuntamento
Eventuale raccordo con servizi sociali *	Modello "Richiesta intervento congiunto"
ATTIVITÀ SU ESIGENZE SPECIFICHE	VEDI PARAGRAFO SUCCESSIVO
NOTE: * QUESTA ATTIVITÀ AVVIENE SOLO NEL CASO VENGA RISCONTRATA UNA FRAGILITÀ SOCIALE E/O PROBLEMATICHE INERENTI ASPETTI ECONOMICI	

ACCESSI SUCCESSIVI: FASE DI CONTROLLI E FOLLOW UP PROATTIVO

In questa fase si procede al confronto tra i bisogni individuati e i risultati raggiunti. Vengono anche aggiornate le scale somministrate per evidenziare eventuali cambiamenti e valutare eventuali nuovi bisogni. Il follow up proattivo, prevede una chiamata attiva /recall ai cittadini, dopo un periodo di tempo predeterminato.

ATTIVITA'	DOCUMENTI
Richiamo anagrafica del cittadino	Cartella territoriale: sez. Anagrafiche
Misurazione parametri (pressione, glicemia,...)	Cartella territoriale: sez. Dati sanitari – diario infermieristico
Aggiornamento dei dati sanitari e della valutazione rischi di salute e di fragilità	Cartella territoriale: sez. Dati sanitari e sociali Utilizzo scale allegate
Aggiornamento del bisogno, sulla base della "PERSONAS" individuata	Cartella territoriale: sez. Scenario bisogni del cittadino Infografica PERSONAS
Registrazione accesso "n" e attività svolte	Cartella territoriale: sez. Registro accessi
Raccordo con MMG	Cartella territoriale: sez. Richiesta prestazioni e Comunicazioni con MMG
Ev. appuntamento successivo su esigenze specifiche	Tesserino appuntamento Cartella territoriale: sez. Agenda

ATTIVITÀ INFERMIERISTICHE SU ESIGENZE SPECIFICHE

Le prestazioni infermieristiche all'occorrenza e *on demand* sono:

- prestazioni offerte in base ai bisogni di ciascun cittadino categorizzato come "PERSONAS" e all'occorrenza sulla base delle esigenze dei singoli
- attività proprie del profilo professionale dell'Infermiere ed attività di raccordo con i vari interlocutori quali distretti, ambulatori, Servizi sociali, MMG, e farmacie aderenti al progetto.

Tali attività possono essere erogate **solo dopo l'acquisizione del consenso informato e TRAMITE IMPEGNATIVA DEL MMG**

ATTIVITA'	Documenti di riferimento
Accettazione del cittadino	Cartella territoriale: sez. Anagrafiche
Compilazione dati sanitari e sociali	Cartella territoriale: sez. Dati sanitari – diario infermieristico
Ev. misurazione parametri: pressione, glicemia, etc.	Cartella territoriale: sez. Dati sanitari – diario infermieristico
Ev. prenotazione visite ed esami sulla base di impegnative	Modello " Richieste per Distretto/Farmacia/Ambulatorio multispecialistico " + mail Accesso a cup per prestazioni ambulatoriali
Ev. Richieste per MMG (es. rinnovo impegnative) per pazienti cronici già noti o altre comunicazioni con MMG o Attivazione ADI, COT, Case di comunità, etc.	Cartella territoriale: sez. sez. Richiesta prestazioni e Comunicazioni con MMG
Altre ev. attività erogabili per i cittadini o per i loro <i>care giver</i> , solo su indicazione e acquisizione impegnativa del MMG, quali ad esempio: <ul style="list-style-type: none"> • Medicazioni • Gestione stomie • Formazione e supporto all'aderenza terapeutica • Formazione e supporto sulle tecniche di somministrazione di terapie farmacologiche e nutrizione artificiale • Formazione e supporto al trattamento delle lesioni cutanee croniche • Formazione e supporto per la prevenzione degli incidenti domestici e delle cadute • promozione dell'automedicazione e autocura; • monitoraggio dei vari indicatori di salute ed epidemiologici; 	Cartella territoriale: sez. Dati sanitari – diario infermieristico
Registrazione accesso e attività svolte	Cartella territoriale: sez. Registro accessi e prestazioni

5.2 BOTTEGA DELLA COMUNITA' - DIMENSIONE COMUNITARIA

Le prestazioni infermieristiche erogate dalle Botteghe nella **DIMENSIONE COMUNITARIA** sono attività trasversali all'intera comunità, da organizzare di volta in volta con i Distretti con l'eventuale coinvolgimento del Dipartimento di Prevenzione, riferibili a:

- prevenzione collettiva
- promozione ed educazione alla salute e agli stili di vita
- integrazione con i vari professionisti operanti in ambito sanitario e sociale
- mappatura e coordinamento con la rete territoriale sanitaria funzionale ad orientare i cittadini ai servizi e prestazioni LEA.

Tra le attività infermieristiche della dimensione comunitaria, da organizzare di volta in volta con i Distretti e il Dipartimento di Prevenzione rientrano:

- Organizzazione di giornate dedicate allo screening di patologie d'organo (vista, udito, etc.), dei medici dell'ambulatorio specialistico di Valle dell'Angelo e dei MMG/AFT
- Organizzazione di giornate dedicate allo screening oncologico
- Organizzazione di giornate dedicate alla promozione di stili di vita salutari, educazione alimentare e benessere del cittadino.

Anche per queste attività, devono essere registrati gli accessi e le prestazioni svolte.

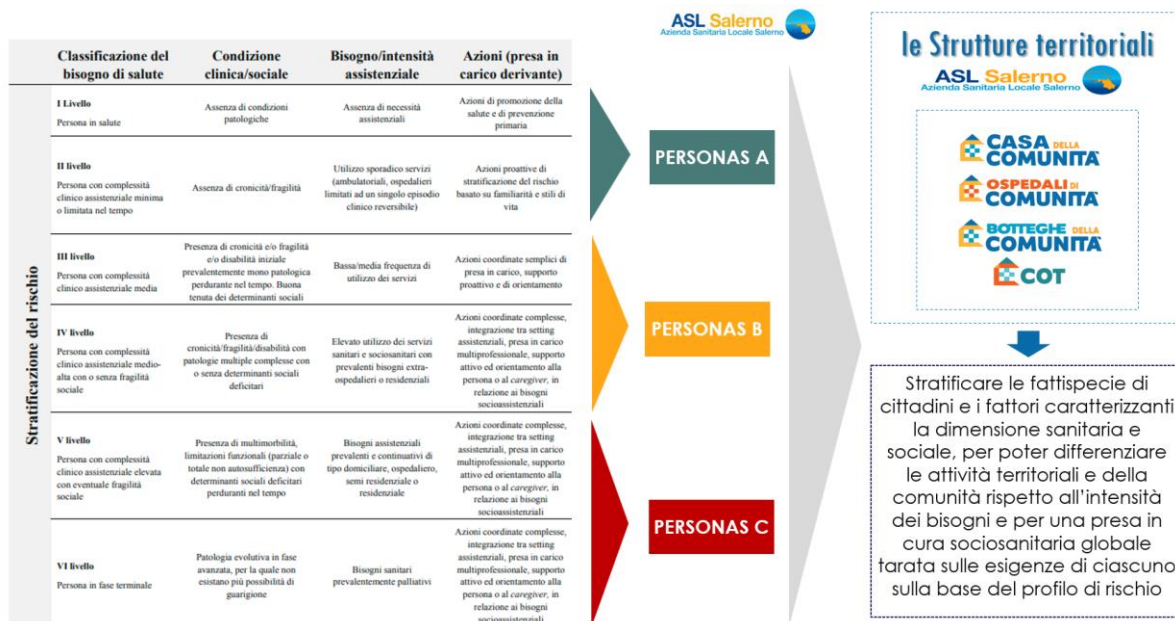
ATTIVITA'	Documenti di riferimento
Accettazione del cittadino	Cartella territoriale: sez. Anagrafiche
Registrazione accesso e attività svolte	Cartella territoriale: sez. Registro accessi e prestazioni

5.3 PERSONAS – LA STRATIFICAZIONE SOCIO SANITARIA DELLA POPOLAZIONE

Personas è una sperimentazione dell'Azienda Sanitaria di Salerno che prevede la stratificazione della popolazione (come da DM 77/2022) insieme ai dati e alle informazioni sociali e socio sanitarie. È una classificazione di profili di utenti tipo basata sull'analisi delle evidenze e dei dati, per la messa in opera di soluzioni socio sanitarie concrete che rispondano alle esigenze dei piccoli paesi delle aree interne e rurali dove l'età media è tra le più alte d'Italia.

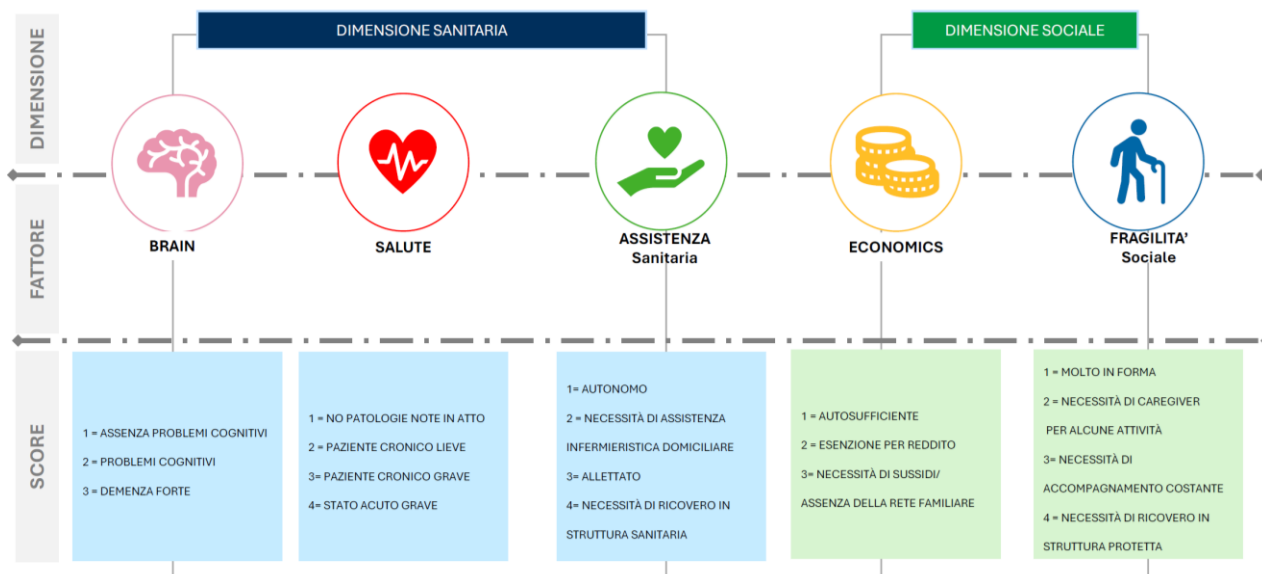
Personas sono cluster, costruiti utili a esprimere l'attitudine, il comportamento e la richiesta di prestazioni socio sanitarie degli utenti in determinati contesti e nell'interazione con il servizio pubblico. Le Personas sono archetipi che individuano e classificano le caratteristiche essenziali che accomunano un certo gruppo di utenti, riconducendole a modelli che descrivono i principali schemi di comportamento adottati in un determinato contesto.

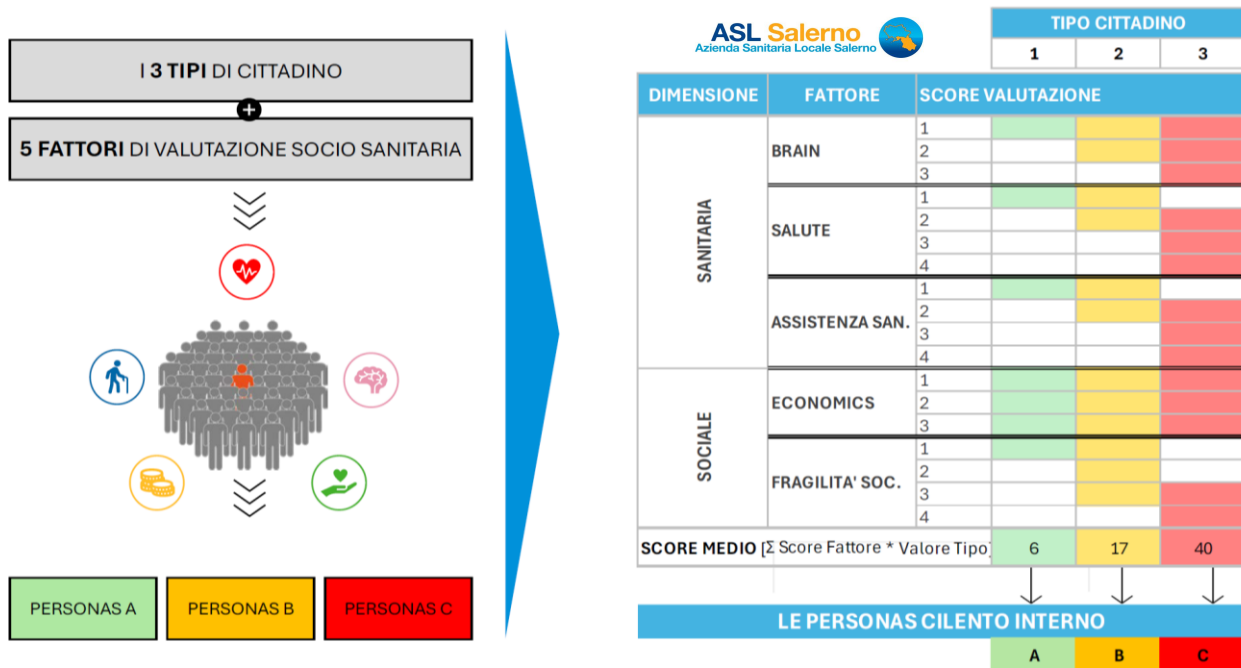
Le Personas, che racchiudono dentro il concetto della popolazione stratificata del DM 77/2022, consentono a chi programma i servizi di riconoscere la fragilità comune e la vulnerabilità, definendo con chiarezza quali servizi dover attivare, quali risorse impegnare per garantire equità e appropriatezza di cure.



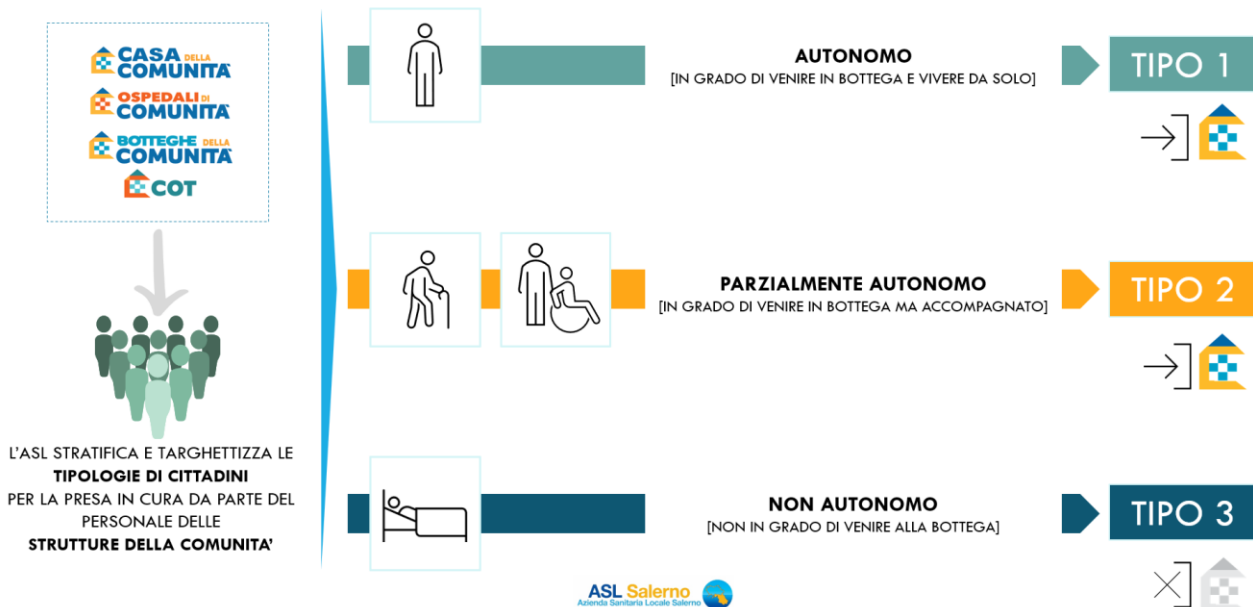
POPULATION HEALTH MANAGEMENT

5





LE PERSONAS SUL TERRITORIO: IL CITTADINO TIPO



LE ATTIVITA' ASSISTENZIALI - PERSONAS

DIMENSIONE CITTADINO ATTIVITA' INFERMIERISTICHE GENERALI	DIMENSIONE CITTADINO + CAREGIVER ATTIVITA' INFERMIERISTICHE SU ESIGENZE SPECIFICHE	DIMENSIONE COMUNITARIA ATTIVITA' INFERMIERISTICHE TRASVERSALI	ATTIVITA' AGGIUNTIVE PER PERSONAS A**	ATTIVITA' AGGIUNTIVE PER PERSONAS B**	ATTIVITA' AGGIUNTIVE PER PERSONAS C**
<p>DIMENSIONE CITTADINO:</p> <ul style="list-style-type: none"> CONSENSO PER L'ACQUISIZIONE, GESTIONE E ARCHIVIAZIONE DEI DATI PERSONALI CONSENSO INFORMATO PER ACCESSO, E AGGIORNAMENTO DELLA CARTELLA TERRITORIALE E FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO ARRUOLAMENTO ALLA BOTTEGA MISURAZIONE PARAMETRI IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEL RISCHIO DI FRAGILITÀ LUNGO LE DIMENSIONI NUTRIZIONALE, FISICA, COGNITIVA E SOCIALE SOMMINISTRAZIONE SCALE VALUTAZIONE INDIVIDUAZIONE BISOGNI IDENTIFICAZIONE PERSONAS APUNTAMENTI PER ATTIVITA' SPECIFICHE REGISTRAZIONI IN CARTELLA TERRITORIALE RACCORDO CON MMG CONTROLLI E FOLLOW UP 	<ul style="list-style-type: none"> PRENOTAZIONE VISITE ED ESAMIO MEDICAZIONE SEMPLICE INFUSIONE DI FARMACI SOMMINISTRAZIONE FARMACI RILEVAZIONE GLICEMIA CAPILLARE RILIEVO PARAMETRI TERAPIA INIETTIVA, SOTTOCUTANEA, INTRAMUSCOLARE, ENDOVENOSA INFUSIONE FARMACI E.V. (ESCLUSI CHEMIOTERAPICI ANTIBLASTICI) RIMOZIONE PUNTI DI SUTURA DELLA FERITA CHIRURGICA FORMAZIONE E SUPPORTO ALL'ADERENZA DELLA CURA, PROMOZIONE DELL'AUTO-MEDICAZIONE E AUTOCURA ASSISTENZA NELL'ESECUZIONE DELLE VISITE FORMAZIONE SULLE TECNICHE DI SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA FARMACOLOGICHE E NUTRIZIONALI ISTRUZIONE E FORMAZIONE SULL'AUTOGESTIONE DELLE STOMIE DIGESTIVE E RESPIRATORIE ISTRUZIONE ALLA PREVENZIONE AL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE CRONICHE FORMAZIONE ED INFORMAZIONE IN MATERIA DI EDUCAZIONE ALIMENTARE CONSULENZA ED INFORMAZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE, CURA E MANTENIMENTO DEL LIVELLO DI SALUTE E DI AUTONOMIA ATTIVITÀ DI COUNSELING (ACCOGLIENZA, ASCOLTO ATTIVO, BISOGNI, SUPPORTO INFORMATIVO E/O EDUCATIVO SU STILI DI VITA E ASPETTI ASSISTENZIALI) 	<p>DIMENSIONE COMUNITARIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> COINVOLGIMENTO PER LE INIZIATIVE DI PREVENZIONE PROMOZIONE DI STILI DI VITA SALUTARI PROMOZIONE DELL'INCLUSIONE SOCIALE E MEDIAZIONE SOCIO-SANITARIA INTEGRAZIONE CON I VARI PROFESSIONISTI OPERANTI IN AMBITO SANITARIO E SOCIALE MAPPATURA E COORDINAMENTO CON LA RETE TERRITORIALE SANITARIA FUNZIONALE AD ORIENTARE I CITTADINI AI SERVIZI E PRESTAZIONI LEA ORGANIZZAZIONE DI GIORNATE DEDICATE ALLO SCREENING DI PATOLOGIE D'ORGANO(VISTA, UDITO, ETC.), DEI MEDICI DELL'AMBULATORIO SPECIALISTICO DI VALLE DELL'ANGELO E DEI MMG/AFT ORGANIZZAZIONE DI GIORNATE DEDICATE ALLO SCREENING ONCOLOGICO ORGANIZZAZIONE DI GIORNATE DEDICATE ALLA PROMOZIONE DI STILI DI VITA SALUTARI, EDUCAZIONE ALIMENTARE E BENESSERE DEL CITTADINO. 	<ul style="list-style-type: none"> COINVOLGERLO PER LE INIZIATIVE DI PREVENZIONE ANCHE CON RUOLO ATTIVO DI VOLONTARIATO INVITARLO A FOLLOW UP ANNUALI FACILITARE L'ACCESSO ATTIVITÀ RICREATIVE SOCIALI 	<p>RACCORDO CON MMG PER CRONICITÀ:</p> <ul style="list-style-type: none"> GESTIONE DEGLI SCADENZARI PER VISITE, ESAMI STRUMENTALI, RINNOVO PIANI CON ALERT (REMINDER / RE-CALL) RACCORDO CON CENTRI HUB (PRENOTAZIONE VISITE SETTING SPECIALISTICO, TELEVISITA,...) ATTIVAZIONE SERVIZI SOCIALI DEL DISTRETTO COINVOLGERLO PER LE INIZIATIVE DI PREVENZIONE INVITARLO A FOLLOW UP ANNUALI FACILITARE ACCESSO ATTIVITÀ RICREATIVE 	<p>RACCORDO CON MMG PER CRONICITÀ:</p> <ul style="list-style-type: none"> RICHIESTA PPI DEI MMG RACCORDO CON ADI GESTIONE DEGLI SCADENZARI PER VISITE, ESAMI STRUMENTALI, RINNOVO PIANI CON ALERT (REMINDER / RE-CALL) RACCORDO CON CENTRI HUB (PRENOTAZIONE VISITE SETTING SPECIALISTICO, TELEVISITA,...) ATTIVAZIONE SERVIZI SOCIALI DEL DISTRETTO ATTIVAZIONE COT X RICOVERI IN STRUTTURE TERRITORIALI COINVOLGIMENTO IN INIZIATIVE DI PREVENZIONE PRESSO IL DOMICILIO

LE ATTIVITA' ASSISTENZIALI DELLA COMUNITA' E GLI STAKEHOLDER

	CAREGIVER	MMG	DISTRETTI	SERVIZI SOCIALI	CENTRI SPECIALISTICI	AMBULATORIO MULTISPECIALISTICO	FARMACIE DEI SERVIZI
<p>ATTIVITÀ INFERMIERISTICHE E STAKEHOLDER</p> <ul style="list-style-type: none"> CONSENSO INFORMATO PER ACCESSO, E AGGIORNAMENTO DELLA CARTELLA TERRITORIALE E DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO FORMAZIONE SULLA: <ul style="list-style-type: none"> ADERENZA ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI E DELLE CADUTE TECNICHE DI SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA FARMACOLOGICA TECNICHE DI SOMMINISTRAZIONE NUTRIZIONE ENTERALE PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE CRONICHE GESTIONE DELLE STOMIE 	<p>SUPPORTO AI MMG PER:</p> <ul style="list-style-type: none"> PRENOTAZIONE PIPP RICHIESTE DI FARMACI DELLA CRONICITÀ RINNOVO PIANI TERAPEUTICI RICHIESTE PER VISITE DI CONTROLLO CONTROLLI DI SALUTE DI BASE (PRESSIONE, GLUCEMIA, ETC) CON EVENTUALE ALERT AI MMG MEDICAZIONI PERIODICHE, TERAPIE SOTTOCUTANEE E INFUSIONALI ESCLUSIVAMENTE SU RICHIESTA DOCUMENTATA DEI MMG ALERT PER MMG PER IDENTIFICAZIONE RISCHIO DI FRAGILITÀ NELLE DIMENSIONI NUTRIZIONALE, FISICA, COGNITIVA RICHIESTE AI MMG PER: <ul style="list-style-type: none"> PRESCRIZIONI ATTIVITA'INFERMIERISTICHE SU ESIGENZE SPECIFICHE 	<ul style="list-style-type: none"> SUPPORTO AI CITTADINI E AI MMG PER I RAPPORTI CON I DISTRETTI PER L'ACCESSO AI SERVIZI GESTIONE DI UN DATABASE DELL'OFFERTA SANITARIA CON MODALITÀ DI ACCESSO, CONTATTI E MODULISTICA ORGANIZZAZIONE DI GIORNATE DEDICATE PER ORGANO/TIPO O PER PATOLOGIA (ES. LA SALUTE DEGLI OCCHI, L'UDITO, LA NUTRIZIONE, ETC) ORGANIZZAZIONE DI INIZIATIVE E GIORNATE DEDICATE CON IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE PER: SCREENING ONCOLOGICI, VACCINAZIONI, PROMOZIONE STILI DI VITA SUPPORTO AI CITTADINI NELLE RICHIESTE E NELLE CONSEGNE DI FARMACI PER CRONICITÀ, AUSILI E PRESIDI ANCHE CON IL SUPPORTO DEI SERVIZI COMUNALI E DELLA PROTEZIONE CIVILE PER EVENTUALE HOME DELIVERY O TRASPORTO CITTADINI 	<ul style="list-style-type: none"> INTERFACCIAMENTO CON GLI SPORTELLI SOCIALI E SUPPORTO AGLI ASSISTENTI SOCIALI DEI COMUNI PER PRESA IN CARICO SOCIO-SANITARIA IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEL RISCHIO DI FRAGILITÀ NELLA DIMENSIONE SOCIALE PROMOZIONE DELL'INCLUSIONE SOCIALE RELAZIONE CON STAKEHOLDER ESTERNI PER PROBLEMATICHE SPECIFICHE (ES. CONSULTORI PER PROBLEMATICHE DI GENERE) FORMAZIONE E INFORMAZIONE IN MATERIA DI PREVENZIONE, CURA E MANTENIMENTO DEL LIVELLO DI SALUTE E DI AUTONOMIA FORMAZIONE E INFORMAZIONE IN MATERIA DI EDUCAZIONE ALIMENTARE 	<p>AIUTO AI CITTADINI PER:</p> <ul style="list-style-type: none"> PRENOTAZIONE VISITE ED ESAMI RACCORDO TRA I CENTRI E MMG RACCORDO CON STRUTTURE OSPEDALIERE E CENTRI SANITARI TERRITORIALI, COT, CASE DI COMUNITÀ 	<p>AIUTO AI CITTADINI PER:</p> <ul style="list-style-type: none"> PRENOTAZIONE VISITE ED ESAMI PRESSO AMBULATORIO MULTISPECIALISTICO VALLE DELL'ANGELO PRENOTAZIONE E GESTIONE TELEVISITE E TELECONSULTI RACCOLTA E ANALISI DEI DATI CLINICI ED EPIDEMIOLOGICI MEDIANTE I SISTEMI INFORMATIVI MESSI A DISPOSIZIONE DALLA ASL SALERNO MONITORAGGIO DEI VARI INDICATORI DI SALUTE ED EPIDEMIOLOGICI ORGANIZZANO GIORNATE DEDICATE CON GLI SPECIALISTI DEL CENTRO HUB DI VALLE DELL'ANGELO 	<p>COORDINAMENTO, SU INDICAZIONE DEI MMG O DEGLI SPECIALISTI, PER PRENOTAZIONI PRESSO LE FARMACIE DEI SERVIZI ADERENTI ALL'ACCORDO ATTUATIVO PER LA TELECARDIOLOGIA TRA REGIONE CAMPANIA E FARMACIE PUBBLICHE E CONVENZIONATE- (DECRETO DIRIGENZIALE N.939 DEL 29/12/2023). PRESTAZIONI PREVISTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> HOLTER PRESSORI HOLTER CARDIACI SPIROMETRIE LE ALTRE EVENTUALI TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI PREVISTE 	

5. RISULTATI ATTESI

Attraverso l'implementazione del modello socio-sanitario delle Botteghe della Comunità e sua integrazione con l'HUB multispecialistico di Valle dell'Angelo si intende:

- garantire la presa in carico dei cittadini attraverso la continuità assistenziale tra ospedale e servizi sanitari e sociosanitari territoriali;
- 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;
- ridurre i ricoveri impropri e i codici bianchi e verdi in P.S.;
- identificare precocemente il rischio di fragilità;
- valorizzare il ruolo dell'infermiere nel territorio;
- aumentare la soddisfazione dell'utente, effettuando informazione ed educazione;
- migliorare le competenze degli operatori in tema di patologie croniche degenerative attraverso percorsi formativi dedicati;
- implementare un sistema informativo, che connetta in rete le Botteghe della Comunità, l'ambulatorio multispecialistico, i Medici di assistenza primaria della Medicina Generale dei due Distretti Sanitari di riferimento, gli Ambiti sociali attraverso la condivisione di una scheda di monitoraggio dello stato di salute dei cittadini;
- condividere le metodologie di lavoro e gli strumenti che saranno utilizzate da tutte le figure professionali coinvolte nella gestione del paziente.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- D.Lgs. n°502/92 e ss.mm.ii. *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n°421”*;
- L.R. n°2/94 e ss.mm.ii. *“Istituzione del sistema integrato regionale per la emergenza sanitaria”*;
- L.R. n°32/94 e ss.mm.ii. *“Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n°502 e ss.mm.ii., riordino del Servizio sanitario regionale”*;
- L.R. n°16/2008 *“Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale per il rientro del disavanzo”*;
- D.G.R.C. n°460/2007 *“Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale”*;
- Decreto del Commissario ad acta n°55/2010 *“completamento del riassetto della rete laboratoristica”*;
- D.G.R.C. n°96/2011 *“approvazione del documento recante “linee guida per la stesura del protocollo locale per la gestione del servizio di medicina penitenziaria”*;
- Decreto del Commissario ad acta n°18 del 18.02.2013 *“Approvazione atto di indirizzo per l’adozione dell’Atto aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania – Ulteriori integrazioni”*;
- Decreto del Commissario ad acta n°30 del 18.03.2013 *“Razionalizzazione del sistema trapiantologico in Regione Campania. Dipartimento Interaziendale Trapianti (DIT) - (Rif. punto n°2 Deliberazione C.d.M. del 24/07/2009)”*;
- Decreto del Commissario ad acta n°23 del 10.03.15 *“Percorso riabilitativo unico integrato per il paziente con ictus ai sensi del Piano d’indirizzo per la riabilitazione di cui all’Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 10/2/2011 tra il Governo, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e di Bolzano”*;
- Decreto del Ministero della Salute n°70 del 02.04.2015 *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”*;
- L.R. n°20 del 23.12.2015 e ss.mm.ii. *“Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell’organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini. – Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 (Decreto legislativo 30/12/1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del servizio sanitario regionale)”*;
- Decreto del Commissario ad acta n°98 del 20.09.2016 *“Istituzione della Rete Oncologica Campana”*;
- Decreto del Commissario ad acta n°103 del 28.12.2018 *“Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 –Aggiornamento di dicembre 2018”*;
- Decreto del Ministero della Salute n°63 del 29.07.2019 *“Approvazione rete regionale emergenza stroke”*;
- Decreto del Commissario ad acta n°83 del 31.10.2019 *“Piano Regionale della Rete di assistenza sanitaria territoriale 2019-2021”*;
- *“Patto per la salute 2019-2021”*, approvato in Conferenza Stato/Regione, seduta del 18.12.2019;
- D.G.R.C. n°378 del 23.07.2020 *“Adozione Piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di*

- cura della Regione Campania. Integrazione ed aggiornamento n°304 del 16.06.2020*";
- Delibera della Giunta Regionale n. 593 del 22/12/2020 "Metodologia di determinazione del fabbisogno di personale del SSR";
 - Regolamento UE 2021/241 del Parlamento e del Consiglio Europeo del 12/12/2021 "Istituzione dispositivo per la ripresa e resilienza";
 - Decreto Legge n. 59 del 06 maggio 2021, convertito con modificazioni dalla L. 1 luglio 2021, n. 101 (in G.U. 06/07/2021, n. 160) "Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti" e ss.mm.ii.;
 - Decreto del Ministero della Salute n°77 del 23.05.2022 "Regolamento la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale";
 - D.G.R.C. n°682 del 13.12.2022 "Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepito dal D.M. n° 77 del 23.05.2022";
 - DDG ASL Salerno N.ro 1485 del 31-10-2023 avente ad oggetto "Servizio di assistenza sanitaria di Prossimità nell'area Cilento Interno";
 - DDG ASL SALERNO n.ro 11/2025: PPDTA ASL SALERNO CRM - "Percorso preventivo-diagnostico-terapeutico assistenziale (PPDTA) per la presa in carico della popolazione affetta da sindrome cardiorenale-metabolica (CRM)" e "Manuale operativo a supporto degli infermieri per la gestione del paziente con sindrome cardio-renale-metabolica (CRM) per le Bottega della Comunità" - Presa d'atto e approvazione