



PNRR

MISSIONE 5 COMPONENTE 3 INVESTIMENTO 1.1.1

SERVIZI E INFRASTRUTTURE SOCIALI DI COMUNITA'

**SCHEDA PROGETTO**

**ISTITUZIONE DI UN SERVIZIO DI ETNOPSICHIATRIA ED  
AZIONI DI SUPPORTO RIVOLTO IN PARTICOLARE A PROFUGHI  
IN FUGA DALLE GUERRE (NUCLEI FAMILIARI, DONNE,  
BAMBINI), CENTRO DISABILI DIURNO, INFERMIERE DI  
COMUNITA' E SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-  
SANITARIA**

## Sommario

PREMESSA .....	4
LE PROPOSTE: IL SERVIZIO DI ETNOPSICHIATRIA E AZIONI DI SUPPORTO E IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-SANITARIA .....	7
LE AZIONI PROGETTUALI .....	9
Azione 1. Costituzione dell'Equipe di lavoro e formazione degli operatori.....	13
1.1.    Composizione dell'Equipe IM .....	13
1.2.    Formazione degli operatori SS .....	14
1.3.    Composizione dell'Equipe IM .....	14
1.4.    Formazione degli operatori SS .....	15
Azione 2. Servizio di etnopsichiatria e di assistenza psicologica.....	16
Azione 3. Sportello gestione call center.....	16
Azioni 4. Servizi di supporto .....	16
4.1.    Comunità alloggio per disabili psichici .....	12
4.2.    Servizi di supporto al reinserimento .....	13
Azione 5. Svolgimento del servizio di telemedicina .....	13
Azione 6. Erogazione del servizio di infermiere di comunità.....	17
Azione 7. Creazione centro diurno per disabili.....	19
Azione 8. Azioni di sensibilizzazione ed informazione .....	19
Azione 9. Attività trasversali: Coordinamento, monitoraggio e rendicontazione .....	20
PIANO DEI COSTI .....	22



## PREMESSA

L'emergenza Covid-19 e non solo ha messo alla prova la tenuta della Sanità italiana, evidenziandone lacune e ritardi, ma ha anche accelerato la trasformazione digitale e organizzativa verso un modello di **Cura a distanza**, sottolineando l'urgenza di un sistema connesso, di precisione, orientato al territorio e alla continuità di cura.

In un momento così delicato le tecnologie digitali possono fare la differenza in tutte le fasi di **prevenzione, accesso, cura e assistenza dei pazienti**, per aiutare il personale socio sanitario nelle decisioni cliniche e le strutture sanitarie nella continuità di cura e nell'operatività.

E' quindi l'occasione per sperimentare soluzioni che valorizzino al massimo i benefici di una ridefinizione dei modelli di cura accelerando la transizione verso un sistema di sanità più connesso, sostenibile e resiliente.

Inoltre le linee guida della telemedicina di AGENAS hanno posto in essere una serie di presupposti per l'attuazione della assistenza domiciliare sempre più specifica e tesa a garantire la continuità nelle modalità indicate dalle normative nazionali vigenti prevedendo sia una pianificazione degli accessi domiciliari che tenga conto della complessità clinico- assistenziale dei pazienti, che l'utilizzo di sistemi sempre tecnologicamente più avanzati di telemedicina.

Le linee guida si propongono quindi di contribuire al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- garantire a tutta la popolazione lo stesso livello assistenziale e qualità delle cure erogate migliorando l'efficienza organizzativa anche in contesti geograficamente svantaggiati;
- fornire al paziente un'assistenza che comprenda risposte a bisogni clinico-assistenziali, e psicologici anche per ridurre l'impatto negativo del vissuto di malattia del paziente
- ridurre gli accessi al pronto soccorso, l'ospedalizzazione e l'esposizione ai rischi legati ad essa, nonché il ricorso all' istituzionalizzazione;
- permettere una dimissione protetta dalle strutture di ricovero potendo assicurare a domicilio la continuità di assistenza e cure di pari efficacia;
- ridurre gli accessi in day hospital sviluppando risposte alternative a domicilio;
- ridurre gli accessi, da parte degli assistiti, in luoghi di cura non appropriati per la patologia;
- prendere in carico il paziente a domicilio, coordinandone la gestione e assicurando il costante monitoraggio di parametri clinici, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche;
- fornire alla famiglia educazione terapeutica nel proprio contesto di vita, migliorando l'uso di risorse e di servizi, favorendo le attività di sorveglianza in ambito sanitario;
- accrescere l'utilizzo appropriato dei servizi a distanza finalizzato ad una più efficace risposta ai bisogni assistenziali;
- migliorare la qualità di vita percepita del paziente, delle famiglie e dei caregiver

Al fenomeno complesso e di difficile gestione che si vuole affrontare con la progettazione è il disagio mentale nei migranti.

I traumi di percorsi migratori difficoltosi e pericolosi, il confronto con situazioni estreme, torture ed eventi tragici possono minare il benessere psicologico della persona.

Le difficoltà di ambientamento nel paese di accoglienza, le differenze culturali, e le difficoltà dei professionisti non abituati a confrontarsi con queste situazioni rendono difficile individuare correttamente e definire le più efficaci terapie a supporto di questi casi.

Gli operatori dei centri di accoglienza gestiscono questi casi appoggiandosi ai servizi territoriali, che tuttavia hanno difficoltà di gestione degli stessi. È complessa l'interpretazione dei sintomi di questi traumi, che vanno dall'insonnia alla dissociazione mentale, dal rifiuto del cibo alle idee di persecuzione. È complesso instaurare un clima di fiducia nel rapporto medico-paziente; le differenze culturali e le barriere linguistiche accrescono le difficoltà; la precarietà delle condizioni di vita rende difficile il perseguire terapie di lunga durata.

Ancor più complessa è la situazione per i migranti al di fuori del circuito di accoglienza, che non dispongono di risorse né del supporto di operatori qualificati quali i mediatori culturali. Per queste persone sussiste inoltre il problema della difficoltà nel reperimento di idonee soluzioni abitative che possano supportarli nella fase di recupero.

Ulteriori specificità sono collegate alla particolare condizione di profugo in fuga dalle guerre ed in particolare ai nuclei familiari, donne, bambini.

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (I.F.eC.) è il professionista infermiere con competenze specifiche che opere nel territorio per la gestione infermieristica della cronicità all'interno della sanità territoriale. Tale professionista è contemplato nel "Patto per la Salute per gli anni 2019-2021" approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella riunione del 18 dicembre 2020

Il Patto per la salute per gli anni 2019-2021, in stretta relazione al Piano per la Cronicità e al Piano della Prevenzione nella "Scheda 8", chiama gli attori del Sistema Salute allo "Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale".

Il Patto promuove una maggiore accessibilità e omogeneità dell'assistenza territoriale attraverso la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità. Si determina così una ridefinizione organizzativa in ambito territoriale per l'effettiva continuità assistenziale e la presa in carico delle persone più fragili e affette da patologie croniche, nelle diverse fasi della vita e in relazione alle diverse tipologie di bisogno. La figura viene prevista inoltre nel DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" (GU n.128 del 19-05-2020 - Suppl. Ordinario n. 21) ed in particolare nel suo art. 1 Art. 1 - Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale

La figura dell'I.F.eC. è da considerarsi come uno degli strumenti operativi del "Population Health Management", inteso come un modello assistenziale innovativo, che ha l'obiettivo primario di prendersi cura di tutta la popolazione, in ottica di prossimità e proattività di intervento sulle famiglie e sulla comunità.

L'IfeC è il professionista responsabile dei processi infermieristici e della promozione del welfare della persona, in ambito familiare e di comunità all'interno del contesto territoriale dove è inserito.

Le peculiarità di questo nuovo modello infermieristico applicato alla assistenza domiciliare consistono:

- nella proattività di intervento; non attende solo le prescrizioni, ma intercetta autonomamente i suoi assistiti di cui conosce le problematiche di salute.
- La finalizzazione dell'azione fondamentale degli IF/C mira al potenziamento e allo sviluppo della rete sociosanitaria con un'azione che si sviluppa dentro le comunità e con le comunità.
- nella stretta sinergia con i Medici di Medicina generale e le altre figure professionali per la gestione dei casi complessi presso l'abitazione della persona,
- nella garanzia della prossimità alle famiglie ed alle comunità.

Esercita autonomia professionale, in collegamento ai servizi infermieristici del Distretto di riferimento, in stretto raccordo con i servizi sanitari e sociali e con gli altri professionisti del Servizio Sanitario Nazionale.

Le sue funzioni e responsabilità a grandi linee sono:

- Valutare lo stato di salute ed i bisogni della persona nelle diverse fasi della vita (infanzia, adolescenza, adulta), del contesto familiare e di comunità
- Promuovere e partecipare ad iniziative di prevenzione e promozione della salute rivolte alla collettività
- Promuovere interventi informativi ed educativi rivolti ai singoli, alle famiglie ed ai gruppi con il fine di modificare gli stili di vita

L'intervento dell'I.F.eC. si esplica:

- a livello delle singole famiglie con attività sanitarie dirette od indirette, promuovendo comportamenti e stili di vita salutari, avvalendosi della collaborazione e della consulenza di altri professionisti, tra cui la rete degli infermieri clinici con competenze avanzate (specialisti ed esperti).

Le attività svolte a casa delle persone e della loro famiglia, comprendono:

- valutazioni mirate dei bisogni, per arginare o prevenire la fragilità,
  - programmazione e attuazione di interventi di cura personalizzati,
  - promozione di interventi educativi al fine di rafforzare l'aderenza terapeutica,
  - l'adesione a stili di vita sani e ai trattamenti di cura,
  - cura il monitoraggio dello stato di salute degli assistiti, mediante visite domiciliari, follow up telefonici anche con l'utilizzo della telemedicina,
  - presidia i cambiamenti dello stato di salute della persona, cercando di evitare momenti critici di dispersione delle informazioni cliniche.
- 
- in ambito comunitario, con interventi mirati all' educazione alla salute di intere comunità, con azioni svolte all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali ed informali, interagendo con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni, sedi religiose, sportive, e supportando tutte quelle risorse che favoriscono il welfare di comunità.

I punti di forza di tale modello sono la vicinanza con la persona e il suo ambito familiare- comunitario e la forte interazione con i Medici di Medicina Generale e tutte le altre figure coinvolgibili nella presa in carico.

## LE PROPOSTE

### IL SERVIZIO DI ETNOPSICHIATRIA E AZIONI DI SUPPORTO

**OBIETTIVO** della presente proposta è potenziare il sistema sanitario territoriale prevedendo la istituzione di un servizio di etnopsichiatria e prevedendo la realizzazione di azioni di supporto rivolti a migranti in condizione di disagio psicologico/psichiatrico

**DESTINATARI DEL SERVIZIO** sono cittadini di Paesi non comunitari, portatori di disagio psicologico/psichiatrico complesso, ed in particolare profughi in fuga dalle guerre ( nuclei familiari, donne, bambini).

Gli utenti accedono al Servizio attraverso un invio dei servizi pubblici, dei servizi di accoglienza migranti del territorio e anche in modo diretto.

### IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-SANITARIA

**OBIETTIVO** della seguente proposta è quello di assicurare al singolo paziente la possibilità di accedere a tutta una serie di servizi socio sanitari senza muoversi dalla propria abitazione con lo stesso grado di sicurezza e controllo del proprio stato di salute come fossero visitati in presenza.

Destinatari del progetto sono i pazienti del luogo (comune, zona geografica) che soffrono di particolari patologie (es. cardiache e diabetiche) e che necessitano quindi di uno specifico programma di monitoraggio continuo; parliamo di persone quindi che sono state anche dimesse dalle strutture ospedaliere e che hanno necessità di seguire un particolare tracking di controllo dei propri parametri vitali.

Ci proponiamo quindi di eseguire a domicilio dei programmi personalizzati per il singolo paziente assicurando un continuo contatto con equipe di specialisti del progetto medesimo.

Ci proponiamo di costituire delle centrali di monitoraggio, al pari delle Centrali Operative Territoriali (COT), attraverso cui effettuare la pianificazione e il coordinamento delle attività per il singolo assistito. La centrale garantisce all'assistito la sicurezza di un unico punto di accesso per le proprie attività in quanto contattabile attraverso numero telefonico oppure sito web/indirizzo di posta elettronica. La centrale operativa si occupa anche del coordinamento del personale socio sanitario su tutto il territorio e della integrazione tra essi per la cura e assistenza puntuale dell'assistito.

Le attività pianificate dalla centrale operativa sono svolte dal personale tecnico (Medico, OSS, Infermiere, ecc.) sia a domicilio che in teleconsulto a seconda del tipo di azione da svolgere.

Ci proponiamo infatti di garantire, per questa prima fase, i seguenti servizi:

1. Elettrocardiogramma
2. Rilevazione dei parametri vitali e di controllo

L'operatore sanitario impiegato a domicilio sarà dotato della strumentazione necessaria per eseguire l'esame o la rilevazione dei parametri vitali e attraverso utilizzo di una piattaforma informatica molto evoluta è in grado di inviare immediatamente gli esami fatti alla centrale di monitoraggio.

La piattaforma è stata progettata per integrare i devices medicali digitali di ultima generazione senza limitazioni, grazie a un flusso di lavoro che permette la continua interazione anche con strumenti di intelligenza artificiale, che aiutano anche il medico nel prendere decisioni specifiche. In questo modo, le diagnosi e di servizi medico/infermieristici effettuabili da remoto sono tecnicamente illimitati e

qualitativamente sempre più conformi alle linee guida che prevedono l'appropriatezza dei percorsi diagnostici e terapeutici e la certificazione delle informazioni. Grazie a questo sistema, in tempi brevissimi sarà quindi possibile avere sotto controllo lo stato di salute del paziente allineandolo quindi attraverso l'emissione di referti digitali firmati digitalmente dal medico specifico.

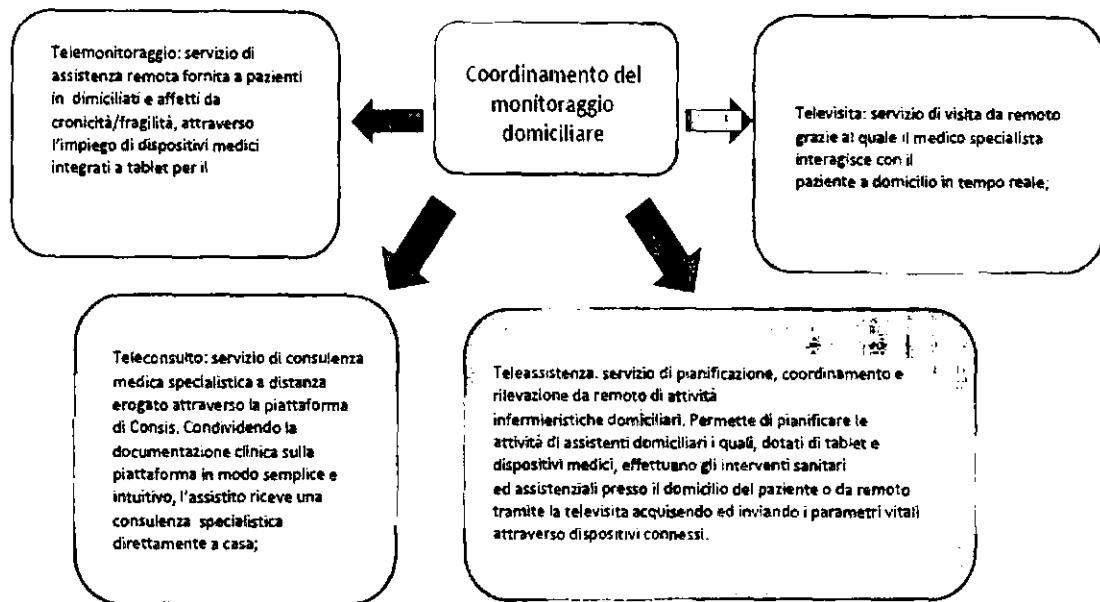
Riassumendo, la piattaforma consiste:

- Funzioni di gestione delle informazioni anagrafiche del paziente e di tutti i dati che di volta in volta sono rilevati dal personale tecnico a domicilio
- Funzioni per i report statistici sulla evoluzione dello stato di salute (variazione dei parametri nel corso del tempo)
- Funzionalità di integrazione tra i devices per la misurazione dei parametri previsti dal piano di assistenza
- Funzioni per le attività di refertazione delle attività effettuate e quindi di gestione del trattamento a seguire
- APP specifica che può essere utilizzata dal paziente che consente la visualizzazione, da parte del paziente stesso, di tutte le attività svolte dal medico, referti compresi; particolarmente importante è il fatto che attraverso questa APP il paziente può rilevare in autonomia i propri parametri vitali e inviarli alla centrale operativa.

La piattaforma consente, oltre al monitoraggio e alla refertazione degli esami ECG svolti sul paziente, tutte le attività di TELEVISITA; il medico, laddove impossibilitato a recarsi a domicilio, può prendere visione dello stato di salute attraverso una video chiamata protetta e garantita da un sistema di sicurezza della privacy.

#### Elementi costitutivi del servizio assistenza

1. **Paziente**, effettua la rilevazione dei parametri previsti dal piano, da solo o attraverso intervento del personale tecnico con dispositivi wireless; condivide la documentazione clinica; richiede assistenza per televisita alla centrale; riceve il referto firmato digitalmente ed a validità medico legale direttamente nella sua APP e, qualora necessario, viene contattato per approfondimenti ed ulteriori esami.
2. **Centrale operativa**, riceve i dati dalla piattaforma informatica; filtra e gestisce le richieste dell'assistito; rileva e gestisce situazioni anomale seguendo determinati protocolli; coinvolge la struttura medica
3. **Centrale medica**, effettua le attività di refertazione; riceve le richieste di tele visita da parte della centrale operativa
4. **Personale tecnico (infermiere - OSS)**, effettua le attività a domicilio
5. **Piattaforma informatica**, gestisce le operazioni della centrale operativa (presa in carico del paziente, appuntamenti, telerefertazione, teleconsulto, statistiche e rendicontazione economica



#### IPOTESI DI RILEVAZIONE FABBISOGNI E PROGETTAZIONE DI RISPOSTE:

Tipologia utenza	Target utenza (per intensità)	Descrizione target utenza	Bisogno	Proposta livelli di servizio telemedicina
COVID-correlata	1.2. Cittadini asintomatici preposti in isolamento domiciliare o extra-domiciliare	Cittadini segnalati per contatto stretto con casi COVID, asintomatici, in quarantena, diagnosi non confermata.	Garantire una sorveglianza attiva dell'eventuale insorgenza dei sintomi durante il periodo di quarantena o post-ricovero	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telesorveglianza</li> <li>• Televisita (*opzionale, secondo Piano Individuale)</li> <li>• Teleconsulto</li> </ul>
	1.3. Pazienti post-ricovero per cause COVID correlate in isolamento domiciliare o extra-domiciliare	Pazienti dimessi post ricovero per cause correlate al COVID, sintomatici o asintomatici, anche con tampone positivo	Garantire un monitoraggio attivo dell'eventuale aggravamento dei sintomi anche con ausilio di dispositivi di monitoraggio durante la fase di isolamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Televisita (*secondo Piano individuale)</li> <li>• Teleconsulto</li> <li>• Telemonitoraggio con kit dispositivi medici (modulabile per bisogno) (*opzionale, secondo Piano individuale)</li> </ul>
	1.4. Pazienti sintomatici preposti in isolamento domiciliare o extra-domiciliare	Pazienti con sintomatologia COVID compatibile, in attesa di diagnosi e in isolamento domiciliare	Garantire un monitoraggio attivo dell'eventuale necessità di ospedalizzazione con ausilio dispositivi medici durante la permanenza a domicilio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Televisita (*secondo Piano individuale)</li> <li>• Teleconsulto</li> <li>• Telemonitoraggio con kit dispositivi medici (modulabile per bisogno) (*opzionale, secondo Piano individuale)</li> </ul>
		Pazienti COVID confermati, paucisintomatici, in isolamento domiciliare	Garantire la continuità dell'assistenza anche in situazione di emergenza sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Televisita</li> <li>• Teleconsulto</li> <li>• Telemonitoraggio con kit dispositivi medici (modulabile per bisogno) (*opzionale, secondo Piano individuale)</li> </ul>
Non COVID-correlata	2.1. Pazienti ambulatoriali, compresi quelli che necessitano prestazioni specialistiche ambulatoriali	Pazienti che necessitano di prestazioni specialistiche ambulatoriali	Garantire la presa in carico a domicilio in sicurezza durante la situazione di emergenza sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Televisita*</li> <li>• Teleconsulto</li> <li>• Telemonitoraggio con kit dispositivi medici (modulabile per bisogno) (*opzionale, secondo Piano individuale)</li> <li>• Televisita*</li> <li>• Teleconsulto</li> </ul>
	2.2. Pazienti cronici o "fragili" a domicilio o istituzionalizzati	Pazienti cronici, disabili, con patologie rare, anche in carico ai servizi domiciliari territoriali, come da [A2]	Garantire la presa in carico a domicilio in sicurezza durante la situazione di emergenza sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telemonitoraggio con kit dispositivi medici (modulabile per bisogno) (*opzionale, secondo Piano individuale)</li> <li>• Televisita*</li> <li>• Teleconsulto</li> </ul>

## **CENTRO DIURNO PER DISABILI**

Il servizio si realizza nei locali messi a disposizione dalla Amministrazione Comunale attraverso interventi educativi, ricreativi, di socializzazione, animazione e promozione socio-culturale rivolti a persone disabili di ambo i sessi.

Il Centro sarà dotato, degli arredi e delle attrezzature necessarie e sufficienti a consentire l'erogazione del servizio.

Il Centro sarà aperto agli utenti undici mesi all'anno, con esclusione quindi del mese di agosto, dal lunedì al venerdì (ore 9-13) e il lunedì, mercoledì e venerdì pomeriggio dalle ore 15 alle 18. Tale calendario potrà variare magari limitatamente ad alcuni periodi dell'anno, secondo le esigenze rilevate. Le attività dovranno essere finalizzate ad assicurare alle persone disabili uno spazio di incontro che consenta, a fronte delle difficoltà di integrazione sociale, la fruizione di un ambiente affettivo coinvolgente, volto all'accrescimento ed al mantenimento delle potenzialità e dell'autonomia del singolo, allo sviluppo delle capacità relazionali e di socializzazione, per una efficace integrazione con il contesto sociale di appartenenza, prevedendo anche il coinvolgimento della famiglia ed individuando all'interno della programmazione opportune aree di intervento.

Gli Operatori del Centro dovranno promuovere incontri periodici (almeno uno ogni trimestre) con le singole famiglie dei disabili inseriti, al fine di illustrare i risultati individualmente raggiunti rispetto alle diverse attività previste nel programma del Centro; di tali incontri dovrà esserne data notizia, per una sua eventuale partecipazione, al Responsabile del Settore e/o assistente sociale.

In tali incontri dovranno essere illustrate, in base agli elementi acquisiti durante il periodo di attività già prestata, le difficoltà che si dovessero presentare e le possibili soluzioni messe a punto in un clima di perfetta collaborazione con i familiari;

Le prestazioni svolte presso il Centro ad opera di una equipe professionale, affiancata da volontari, comprenderanno:

- a) attività educative finalizzate all'acquisizione di abilità e alla socializzazione;
- b) attività di accompagnamento, strutturate in percorsi individuali o in piccoli gruppi di apprendimento (attività di autonomizzazione e di sostegno psicologico);
- c) attività di animazione e ludico-motorie (laboratori di drammatizzazione; giochi di comunicazione ed espressione con le mani, l'emozione e il gesto; laboratorio di cucina; laboratori di creatività);
- d) attività socio-ricreative (organizzazione di escursioni, visite guidate; partecipazione a manifestazioni socio-culturali, ricreative, sportive);
- e) attività di sostegno psicologico;
- f) attività psico-motoria
- g) servizio di trasporto.

Viene predisposta una programmazione mensile delle attività che viene condivisa con il responsabile individuato dalla Amministrazione e con i familiari dei disabili.

A conclusione di ciascuna anno di attività verrà organizzato un momento espositivo, che contribuisca a rendere il più possibile visibile il lavoro svolto al fine di gratificare i partecipanti e al tempo stesso coinvolgere e sensibilizzare la comunità circa l'impegno e i risultati conseguiti.

In occasione di attività esterne al Centro, conseguenti ad una programmazione volta ad accogliere gli interessi delle persone disabili, e/o legate ai periodi climatici dell'anno, ed attuate negli spazi ritenuti più adatti (gite, escursioni, attività sportive, balneari e culturali, etc.), anche in giorni festivi o in orari serali, le attività previste nel progetto potranno essere modificate, così come l'orario di apertura del Centro.

Tali attività saranno svolte anche avvalendosi di strutture pubbliche esistenti sul territorio.

Viene individuato un Responsabile tecnico del servizio, referente unico per l'Amministrazione, che dovrà curare tutti gli adempimenti necessari per garantire il regolare funzionamento del servizio e la qualità del medesimo.

Questi dovrà sorvegliare l'osservanza di tutte le disposizioni in materia di prevenzione e protezione dai rischi lavorativi e di igiene sul lavoro, le previdenze varie per infortuni, ed ogni altra disposizione in vigore o che potrà intervenire in corso di esercizio per la tutela materiale dei lavoratori.

Viene garantito un servizio di trasporto dalle abitazioni degli utenti al Centro, e viceversa, nel caso si rendesse opportuno per singole situazioni.

Il personale del Centro, in accordo con i Servizi sociali competenti, provvederà a

- l'accoglimento delle domande di richiesta di inserimento al Centro;
- la valutazione dello stato di bisogno e della sua evoluzione nel tempo;
- la presa in carico del soggetto disabile;
- la definizione del programma individuale di intervento, comprendente gli obiettivi, la tipologia delle prestazioni, la data di decorrenza, la durata dell'inserimento, le modalità di fruizione del servizio;

#### **INFERMIERE DI COMUNITÀ**

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (I.F.eC.) è il professionista infermiere con competenze specifiche che opere nel territorio per la gestione infermieristica della cronicità all'interno della sanità territoriale. Tale professionista è contemplato nel "Patto per la Salute per gli anni 2019-2021" approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella riunione del 18 dicembre 2020

Il Patto per la salute per gli anni 2019-2021, in stretta relazione al Piano per la Cronicità e al Piano della Prevenzione nella "Scheda 8", chiama gli attori del Sistema Salute allo "Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale".

Il Patto promuove una maggiore accessibilità e omogeneità dell'assistenza territoriale attraverso la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità. Si determina così una ridefinizione organizzativa in ambito territoriale per l'effettiva continuità assistenziale e la presa in carico delle persone più fragili e affette da patologie croniche, nelle diverse fasi della vita e in relazione alle diverse tipologie di bisogno.

LA figura viene prevista inoltre nel DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" (GU n.128 del 19-05-2020 - Suppl. Ordinario n. 21) ed in particolare nel suo art. 1 Art. 1 - Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale

La figura dell'I.F.eC. è da considerarsi come uno degli strumenti operativi del "Population Health Management", inteso come un modello assistenziale innovativo, che ha l'obiettivo primario di prendersi cura di tutta la popolazione, in ottica di prossimità e proattività di intervento sulle famiglie e sulla comunità.

L'IFeC è il professionista responsabile dei processi infermieristici e della promozione del welfare della persona, in ambito familiare e di comunità all'interno del contesto territoriale dove è inserito.

Le peculiarità di questo nuovo modello infermieristico applicato alla assistenza domiciliare consistono:

- nella proattività di intervento; non attende solo le prescrizioni, ma intercetta autonomamente i suoi assistiti di cui conosce le problematiche di salute.
- La finalizzazione dell'azione fondamentale degli IF/C mira al potenziamento e allo sviluppo della rete sociosanitaria con un'azione che si sviluppa dentro le comunità e con le comunità.
- nella stretta sinergia con i Medici di Medicina generale e le altre figure professionali per la gestione dei casi complessi presso l'abitazione della persona,
- nella garanzia della prossimità alle famiglie ed alle comunità.

Esercita autonomia professionale, in collegamento ai servizi infermieristici del Distretto di riferimento, in stretto raccordo con i servizi sanitari e sociali e con gli altri professionisti del Servizio Sanitario Nazionale.

Le sue funzioni e responsabilità a grandi linee sono:

- Valutare lo stato di salute ed i bisogni della persona nelle diverse fasi della vita (infanzia, adolescenza, adulta), del contesto familiare e di comunità
- Promuovere e partecipare ad iniziative di prevenzione e promozione della salute rivolte alla collettività
- Promuovere interventi informativi ed educativi rivolti ai singoli, alle famiglie ed ai gruppi con il fine di modificare gli stili di vita

L'intervento dell'I.F.eC. si esplica:

- a livello delle singole famiglie con attività sanitarie dirette od indirette, promuovendo comportamenti e stili di vita salutari, avvalendosi della collaborazione e della consulenza di altri professionisti, tra cui la rete degli infermieri clinici con competenze avanzate (specialisti ed esperti).

Le attività svolte a casa delle persone e della loro famiglia, comprendono:

- ☒ valutazioni mirate dei bisogni, per arginare o prevenire la fragilità,
  - ☒ programmazione e attuazione di interventi di cura personalizzati,
  - ☒ promozione di interventi educativi al fine di rafforzare l'aderenza terapeutica,
  - ☒ l'adesione a stili di vita sani e ai trattamenti di cura,
  - ☒ cura il monitoraggio dello stato di salute degli assistiti, mediante visite domiciliari, follow up telefonici anche con l'utilizzo della telemedicina,
  - ☒ presidia i cambiamenti dello stato di salute della persona, cercando di evitare momenti critici di dispersione delle informazioni cliniche.
- 
- in ambito comunitario, con interventi mirati all' educazione alla salute di intere comunità, con azioni svolte all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali ed informali, interagendo con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni, sedi religiose, sportive, e supportando tutte quelle risorse che favoriscono il welfare di comunità.

I punti di forza di tale modello sono la vicinanza con la persona e il suo ambito familiare- comunitario e la forte interazione con i Medici di Medicina Generale e tutte le altre figure coinvolgibili nella presa in carico.

## LE AZIONI PROGETTUALI

### AZIONE 1. COSTITUZIONE DELL'EQUIPE DI LAVORO E FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

#### ***1.1. Composizione dell'Equipe***

Per l'attuazione del Progetto sono previste due distinte equipe.

La prima Equipe è dedicata al servizio di Etnopsichiatria e assistenza psicologica, ed è così composta:

- ✓ Medico psichiatra - responsabile del servizio
- ✓ psicologo-psicoterapeuta
- ✓ Assistente sociale
- ✓ Mediatore culturale

Una seconda Equipe è dedicata ai Servizi di supporto, ed è così composta:

- ✓ Assistente sociale coordinatore
- ✓ infermiere,
- ✓ animatori
- ✓ Operatori socio-assistenziali
- ✓ Operatori ausiliari

Le attività trasversali sono assicurate da:

- ✓ Coordinatore di Progetto
- ✓ Il Responsabile Amministrativo
- ✓ Addetto alla Segreteria di Progetto
- ✓ L'Addetto di rendicontazione
- ✓ L'addetto di monitoraggio

#### ***1.2. Formazione degli operatori***

E' previsto un importante percorso di formazione destinato agli operatori i progetto da erogarsi con Ente accreditato alla formazione ECM (25 crediti formativi) di seguito descritto nei suoi elementi essenziali:

- ✓ Inquadramento storico delle migrazioni
- ✓ La gestione delle Migrazioni: il sistema di accoglienza e l'approccio multidisciplinare
- ✓ La protezione internazionale
- ✓ Il fenomeno della tratta
- ✓ Medicina delle migrazioni
- ✓ Approccio psichiatrico transculturale alla salute mentale dei migranti forzati

- ✓ L'assetto clinico. Inquadramento psicopatologico. Le sindromi culturali
- ✓ Le modifiche del corpo e le mutilazioni genitali femminili
- ✓ La presa in carico psicologica dei migranti forzati
- ✓ Fenomenologia, Psicologia e Antropologia dei culti e credenze

## **SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-SANITARIA**

### **AZIONE 1. COSTITUZIONE DELL'EQUIPE DI LAVORO E FORMAZIONE DEGLI OPERATORI**

#### ***1.3. Composizione dell'Equipe***

##### **Coordinatore di Equipe**

È il responsabile del gruppo di lavoro cui spettano sinteticamente compiti di:

- coordinamento degli operatori tramite la definizione di un *modello organizzativo* e la gestione delle risorse umane; il modello organizzativo prevede l'articolazione di ciascun servizio in attività da svolgere, e la assegnazione di tali attività ad un operatore, con successiva verifica periodica dello stato di avanzamento e dei necessari correttivi.
- Tutte le scelte organizzative, in particolare quelle con immediato impatto sui destinatari, sono sviluppate in seno all'equipe e se necessario previo confronto con gli amministrativi di progetto, per le scelte con impatto sul budget.
- conduzione delle riunioni periodiche (*riunioni d'équipe*) con cadenza settimanale con compiti di programmazione e di verifica del lavoro svolto, monitoraggio dei casi presi in carico, riprogrammazione degli interventi con i necessari aggiustamenti 'in itinere';

##### **Operatore di sportello / operatore di call-center dedicato**

L'operatore di sportello svolge i seguenti compiti utilizzando la piattaforma informatica:

- Accoglienza, informazioni e orientamento al servizio
- Orientamento ai servizi locali
- Orientamento e assistenza alle famiglie con pazienti domiciliari a carico.

##### **Assistente sociale**

L'Assistente sociale svolge i seguenti compiti:

- Rapporti con i servizi sociali dell'Ente di Ambito Sociale di competenza;
- gestione dei rapporti tra il progetto e gli altri attori del territorio (ASP, Ente Pubblico; Enti della Rete locale; etc.)
- Coordinamento delle attività di progetto e promozione di accordi con i servizi istituzionali;
- Coordinamento con i servizi per la casa presenti in altre realtà nazionali per esigenze specifiche.

##### **Infermiere professionale / Operatore socio sanitario**

Svolge le attività domiciliari di rilevazione dei parametri vitali ed effettua l'elettrocardiogramma

##### **Medico**

Svolge i servizi di telemedicina.

## 1.4 FORMAZIONE

### MODULO FORMATIVO 1 - *FORMAZIONE ED EMPOWERMENT DEI PAZIENTI*

Nonostante gli sforzi per sviluppare apparati di sempre più semplice utilizzo, i pazienti assistiti con sistemi di Telemedicina richiedono una formazione, anche in considerazione del fatto che in massima parte si tratta di pazienti anziani, con scarsa dimestichezza con le tecnologie.

La formazione dei pazienti e dei caregivers non deve però essere limitata agli aspetti tecnologici, ma intervenire anche sugli aspetti sociali e di relazione, sul mutamento del rapporto medico-paziente e sulla rassicurazione che, pur a distanza, viene comunque garantita assistenza e cura al paziente ed alla sua patologia. Un aspetto assolutamente da non trascurare, in particolar modo nella gestione delle patologie croniche, è l'educazione e l'empowerment del paziente e dei caregiver.

La strategia complessiva per la gestione delle malattie croniche deve spostarsi da un sistema che reagisce ad un evento improvviso e non pianificato, ad un sistema che educa e responsabilizza il paziente a prendersi cura attivamente della propria malattia e del proprio regime di trattamento. La prevenzione della cronicità e il miglioramento della gestione della patologia cronica con la partecipazione diretta del paziente responsabile, rappresentano una sfida per la sostenibilità economica dei sistemi sanitari.

### MODULO FORMATIVO 2 - *FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEI PROFESSIONISTI SANITARI*

Ai fini di una ampia diffusione della Telemedicina, particolare attenzione va dedicata alla formazione ed aggiornamento dei professionisti della salute, per dare loro dimestichezza con i nuovi metodi per l'esercizio della loro professione.

La formazione riguarderà le nuove apparecchiature di acquisizione delle informazioni e le tecnologie di trasmissione dei dati, alla base di una prestazione in Telemedicina.

Inoltre, la continuità e il coordinamento dell'assistenza sanitaria richiedono anche la capacità di servirsi di nuovi strumenti di dialogo con il paziente.

Il personale medico, soprattutto quello con cui i pazienti hanno contatti per telefono oppure attraverso lo schermo, dovrà aver ricevuto anche una formazione psicologica, in modo da umanizzare la relazione a distanza e da rimediare alla mancanza di quella presenza fisica sulla quale si era sinora basato il dialogo tra medico e paziente.

E' indispensabile mettere in atto un programma strutturato di formazione universitaria, abbinato a una formazione di servizio, volto ad ottimizzare l'uso della Telemedicina per migliorare la qualità dell'assistenza.

### MODULO FORMATIVO 3 - *FORMAZIONE DI ALTRI PROFESSIONISTI E NUOVI PROFILI PROFESSIONALI*

In un Centro di Telemedicina, un ruolo fondamentale è giocato da figure professionali di ambito tecnologico, quali l'ingegneria e l'informatica.

Altrettanto importante, dipendentemente dalla complessità del servizio, può essere la figura di personale addetto alla gestione organizzativa dei servizi.

Programmi di formazione dovrebbero essere rivolti anche a questi professionisti coinvolti direttamente nella realizzazione di un servizio di Telemedicina.

## AZIONE 2. SERVIZIO DI ETNOPSICHIASTRA E DI ASSISTENZA PSICOLOGICA

Il Servizio svolge le seguenti attività:

- **Attività di valutazione / Prima visita:** attività (colloquio di accoglienza, visita psichiatrica, colloquio psicologico, ecc) volte ad assicurare la valutazione della domanda dal punto di vista clinico-diagnostico e dal punto di vista sociale e relazionale per un eventuale ingresso nei percorsi di cura;
- **Consulenza:** accoglienza, visita parere psichiatrica e visita parere psicologica condotte con l'obiettivo di assicurare un parere specialistico;
- **Certificazione:** per rilasciare una documentazione avente valore medico-legale;
- **Assunzione in cura:** dopo la conclusione del percorso di accoglienza e valutazione, l'utente può concordare, in funzione dei bisogni clinici emersi, un trattamento specialistico di tipo psichiatrico, psicologico o psicoterapico anche di medio lungo termine senza il coinvolgimento di altre figure professionali
- **Presa in carico:** è il percorso di cura rivolto agli utenti con disturbi psichiatrici gravi e bisogni complessi. E' costituita da un insieme di interventi che vengono offerti nell'ambito di un *Piano di Trattamento Individualizzato (PTI)* e che vedono il coinvolgimento strutturato di più professionalità a seconda dei bisogni individuati: visite psichiatriche, supporto psicologico, psicoterapia, coinvolgimento dei familiari, interventi a domicilio, interventi di risocializzazione - riabilitazione, supporto alle attività quotidiane, supporto all'attività lavorativa, contatti con soggetti istituzionali e non istituzionali, supporto sociale.

## AZIONE 3. SPORTELLO GESTIONE CALL CENTER

Verrà predisposto uno sportello atto a svolgere i seguenti compiti utilizzando la piattaforma informatica:

- Accoglienza, informazioni e orientamento al servizio;
- Orientamento ai servizi locali;
- Orientamento e assistenza alle famiglie con pazienti domiciliari a carico.

## AZIONI 4. SERVIZI DI SUPPORTO

Il Progetto prevede nell'ambito del PTI l'attivazione di servizi di supporto ed in particolare:

### *4.1. – Comunità alloggio per disabili psichici*

Il servizio prevede la realizzazione di una Comunità alloggio per Disabili psichici secondo gli standard previsti dalla Regione Siciliana. All'interno di tale struttura, oltre alle attività di assistenza alla persona in senso stretto, si progettano ed erogano servizi di trattamento, cura e riabilitazione psico-sociale dei

soggetti con disagio psichico o inabili, in collaborazione con i competenti servizi dell'ASP e dei Servizi sociali professionali comunali.

Oltre alla accoglienza materiale, vengono erogati i seguenti servizi:

- **Supporto psicologico** in affiancamento e prosecuzione del Piano di Trattamento Individualizzato (PTI) definito dal Servizio di Etnopsichiatria.
- **Potenziamento delle abilità integranti.** Attraverso metodologie specifiche si interviene sulle condizioni di disagio e di disabilità producendo miglioramenti nell'area delle abilità personali;
- **Attività e laboratori socio-educativi.** Al fine di favorire le capacità relazionali e l'integrazione sociale.

#### ***4.2. – Servizi di supporto al reinserimento***

Comprende servizi pensati per sostenere i destinatari nel reinserimento. Gli interventi comprendono:

- Assistenza alla autonomia abitativa
- Assistenza all'inserimento lavorativo (borse di inclusione sociale)
- Assistenza legale
- Assistenza alla autonomia abitativa

### **AZIONE 5. SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO DI TELEMEDICINA**

Il progetto prevede la realizzazione di un gruppo di lavoro che possa effettuare le seguenti attività:

**Teleconsulto:** servizio di consulenza medica specialistica a distanza erogato attraverso la piattaforma informatica. Condividendo la documentazione clinica sulla piattaforma in modo semplice e intuitivo, l'assistito riceve una consulenza specialistica direttamente a casa;

**Teleassistenza:** servizio di pianificazione, coordinamento e rilevazione da remoto di attività infermieristiche domiciliari. Permette di pianificare le attività di assistenti domiciliari i quali, dotati di tablet e dispositivi medici, effettuano gli interventi sanitari ed assistenziali presso il domicilio del paziente o da remoto tramite la televisita acquisendo ed inviando i parametri vitali attraverso dispositivi connessi.

**Televisita:** servizio di visita da remoto grazie al quale il medico specialista interagisce con il paziente a domicilio in tempo reale;

**Telemonitoraggio:** servizio di assistenza remota fornita a pazienti ricoverati a domicilio affetti da cronicità/fragilità, attraverso l'impiego di dispositivi medici integrati a tablet per il monitoraggio remoto di parametri vitali;

Il progetto prevede quindi la preparazione tecnico – funzionale alle figure professionali che dovranno far parte del processo, nello specifico:

**Assistenti in centrale operativa** – tecnici per assistenza che avranno il compito di controllare tutte le attività suddette in termini di pianificazione, controllo della corretta erogazione, di gestione degli alert attraverso comunicazione continua con il personale sanitario (medici),

**Caregiveer** – tecnici per assistenza domiciliare che avranno il compito di aiutare gli assistiti alla misurazione dei parametri da rilevare, collegare gli stessi all'elettrocardiografo nel caso di rilevazione di ECG

**Badanti** – figure professionali per l'assistenza materiale dell'assistito

*Sarà implementata una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative [...] in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località”.*

il Ministero della Salute indica quali sono le finalità sanitarie:

- prevenzione secondaria
- diagnosi
- cura
- riabilitazione
- monitoraggio

#### ***Classificazione esempi di telemedicina***

La classificazione dei servizi di telemedicina è definita in base a come questi vengono erogati, in particolare in funzione a quali attori sono coinvolti:

- nella **Televisita** il medico interagisce a distanza con un paziente attraverso computer, tablet o smartphone o altri dispositivi di telemedicina. Durante questa visita può anche essere presente un operatore sanitario che sarà di supporto al medico.
- nel **Teleconsulto** due o più medici si confrontano su diagnosi e scelta terapeutica di un paziente. Quest'ultimo non sarà presente durante questo incontro virtuale.
- la **Telecooperazione sanitaria**, seguendo la definizione del Ministero della Salute, è “*un atto consistente nell'assistenza fornita da un medico o altro operatore sanitario ad un altro medico o altro operatore sanitario impegnato in un atto sanitario*”.

#### ***Strumenti di telemedicina***

Il dispositivo di telemedicina è importante che sia progettato per proteggere tutte le informazioni e i dati che vengono scambiati durante la **televisita**.

Lo strumento di telemedicina per agevolare gli operatori sanitari deve:

- essere collegato al gestionale della struttura sanitaria
- poter gestire facilmente la stanza d'attesa dei pazienti
- essere utilizzabile con semplici strumenti quali smartphone, tablet o pc.

#### **AZIONE 6. EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI INFERMIERE DI COMUNITÀ**

Si provvederà ad incaricare l'equipe di lavoro, così composta

- N° 4 infermieri professionali
- N° 1 assistente sociale

Viene messa a disposizione per le attività di coordinamento del servizio una sede operativa con dotazione da ufficio.

L'inserimento dell'Assistente sociale nel gruppo di lavoro è finalizzato a favorire, nei casi di malati cronici con elevata multi problematicità, l'integrazione fra il servizio sanitario e gli strumenti di intervento sociale attivabili.

#### **AZIONE 7. CREAZIONE CENTRO DIURNO PER DISABILI**

il servizio ha per oggetto la realizzazione di una pluralità di interventi educativi, ricreativi, di socializzazione, animazione e promozione socio-culturale rivolti a disabili certificati ai sensi della legge 104/92, appartenenti a diverse fasce di età e residenti nel territorio di intervento, da svolgersi presso una apposita struttura individuata e messa a disposizione dal comune di Lercara Friddi, soggetto capofila del distretto socio sanitario dss38. Il servizio ha inoltre per oggetto la realizzazione di un servizio di trasporto dal domicilio al centro di assistenza e incontro. Si prevede un'utenza di disabili da inserire nel centro di n. 18 soggetti. Il centro eroga il servizio dal lunedì al venerdì (ore 9-13) e il lunedì, mercoledì e venerdì pomeriggio dalle ore 15 alle 18.

#### **AZIONE 8. AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE ED INFORMAZIONE**

Le azioni di sensibilizzazione ed informazione perseguono i seguenti obiettivi:

- Informare la comunità migrante del progetto, i cittadini e i soggetti vulnerabili residenti nel territorio di riferimento delle opportunità di avvalersi dei servizi previsti;
- Informare e sensibilizzare il contesto di riferimento sul problema delle migrazioni, sui disagi psicologici dei rifugiati di guerra, sul problema della distanza tra i servizi socio-sanitari ed i possibili fruitori, sulle soluzioni individuate, sulle possibilità di collaborazione anche per ampliare i servizi di supporto psicologico assistenziale sui migranti (focus rifugiati di guerra) ed i servizi socio-sanitari domiciliari.

A tal fine si realizzeranno materiali di comunicazione ed eventi di informazione e sensibilizzazione.

#### **AZIONE 9. ATTIVITÀ TRASVERSALI: COORDINAMENTO, MONITORAGGIO E RENDICONTAZIONE**

Il Coordinamento è finalizzato alla corretta attuazione del progetto, sia dal punto di vista metodologico, procedurale che dell'avanzamento finanziario.

L'attività consentirà, grazie alla individuazione tempestiva di eventuali ritardi nell'attuazione del progetto, o della scarsa efficacia delle azioni poste in essere, di individuarne le cause e di adottare opportune possibili soluzioni.

Rientra nell'azione l'attività di monitoraggio, che sarà effettuata sulla base di indicatori di realizzazione e di risultato predefiniti per ogni azione prevista.

Rientra nell'azione l'attività di rendicontazione.

Il gruppo di lavoro incaricato dell'azione comprende:

**Il Coordinatore di Progetto:** è un professionista esperto di conduzione di progetti con pluriennale esperienza in materia di assistenza tecnica su progetti finanziati con fondi europei ed ha conoscenza sul settore sociale, dei percorsi di inserimento ed integrazione dei migranti e del settore socio-sanitario. Ha la responsabilità di tutte le principali scelte organizzative, compresa l'assegnazione specifica delle responsabilità, la definizione di un sistema di controllo dell'efficienza e dell'efficacia delle azioni, il coordinamento dei settori specifici di attività.

**Il Responsabile Amministrativo** che svolge i seguenti compiti:

- Predisposizione, d'intesa con il Project Manager, delle procedure per il controllo di gestione amministrativa e contabile;
- Supervisione e monitoraggio, d'intesa con il Project Manager, delle procedure di affidamento di incarichi consulenziali e di fornitura di beni e servizi;
- Controllo del rispetto delle procedure;
- Predisposizione e presentazione della Rendicontazione, e delle richieste di pagamento secondo le modalità previste;
- Fornisce i dati necessari per l'attività di monitoraggio finanziario;
- Verifica che i partner utilizzino un sistema contabile distinto per il progetto;

**Addetto alla Segreteria di Progetto** che svolge i seguenti compiti:

- la raccolta e archiviazione della documentazione del progetto, comprensiva dei giustificativi delle spese;
- Gestione del flusso delle informazioni tra i partner e fra i partner e i soggetti terzi;
- Supporto alla attività di diffusione, compresa l'organizzazione degli eventi seminariali

**L'Addetto di rendicontazione** che si incarica della regolare rendicontazione finanziaria delle attività di progetto e del rispetto delle regole rispetto alla ammissibilità delle spese.

**L'addetto di monitoraggio**

- **Monitoraggio del sistema ed elaborazione dati sull'andamento delle attività secondo un Piano di monitoraggio, con la produzione di regolari relazioni di monitoraggio fisico, procedurale e finanziario**

## PIANO DEI COSTI

Previsione di Avvio attività: **30 giugno 2022**

Fine attività: **30 giugno 2025**

Durata prevista: **36 mesi**

Azione	Costo €
Azione 1. Costituzione dell'Equipe di lavoro e formazione degli operatori	50.000,00
Azione 2. Servizio di etnopsichiatria e di assistenza psicologica	650.000,00
Azione 3. Sportello Gestione Call Center	750.000,00
Azione 4. Servizi di Supporto	650.000,00
Azione 5. Svolgimento del servizio di telemedicina	1.500.000,00
Azione 6. Erogazione del servizio di infermiere di comunità	535.000,00
Azione 7. Creazione centro diurno per disabili	265.000,00
Azione 8. Azioni di sensibilizzazione ed informazione	200.000,00
Azione 9. Attività trasversali: Coordinamento, monitoraggio e rendicontazione	400.000,00
<b>Totale</b>	<b>5.000.000,00</b>