

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	PROGETTO	PAT 2016 (DIS.PRG.1850.00).doc
		pag1/67

Programma delle Attività Territoriali (PAT) dell'ASL VC - Anno 2016

ex DGR 26-1653/2015

	<i>Struttura/Funzione</i>	<i>Nominativo</i>	<i>Data</i>	<i>Firma</i>
Stesura	Distretto di Vercelli	FRANCESCA GALLONE Direttore Distretto di Vercelli	19.10.2015	<i>f.to in originale</i>
	Distretto della Valsesia	GENNARINA RISTA Direttore del Distretto della Valsesia		<i>f.to in originale</i>
	SC Qualità e appropriatezza prescrittiva	SARA MARCHISIO Dirigente Resp. SC Qualità e appropriatezza prescrittiva		<i>f.to in originale</i>
Verifica	Il Presidente Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) – Distretto Vercelli	FRANCESCA GALLONE Direttore Distretto di Vercelli	30.10.2015	<i>f.to in originale</i>
	Il Presidente Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) – Distretto Valsesia	GENNARINA RISTA Direttore del Distretto della Valsesia	30.10.2015	<i>f.to in originale</i>
	Comitato dei Sindaci di Distretto Vercelli	MAURA FORTE Presidente Comitato dei Sindaci di Distretto Vercelli	22.12.2015	Vd. verbale Comitato Sindaci di Distretto del 22.12.2015
	Comitato dei Sindaci di Distretto della Valsesia	GIANLUCA BUONANNO Presidente Comitato dei Sindaci del Distretto della Valsesia		
Autorizzazione	Direzione Generale	Dott.sa CHIARA SERPIERI Direttore Generale	23.12.2015	<i>f.to in originale</i>
		Dr. GIUSEPPE DE FILIPPIS Direttore Sanitario	23.12.2015	<i>f.to in originale</i>
		Dott. ADRIANO PICCO Direttore Amministrativo	23.12.2015	<i>f.to in originale</i>
Emissione	Direttore Generale	Dott.sa CHIARA SERPIERI Direttore Generale	23.12.2015	<i>Vd. delibera di approvazione</i>

Data di applicazione	A seguito di approvazione regionale
REV.	00

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	PROGETTO	PAT 2016 (DIS.PRG.1850.00).doc
		pag2/67

INDICE

PREMESSA.....	3
RETE DEI SERVIZI OFFERTI	4
OBIETTIVI STRATEGICI	4
ACRONIMI	5
INDICATORI DEL PAT	6
LE SCHEDE PROGETTUALI.....	19
<u>1 - MACROPROGETTO PREVENZIONE DELLE MALATTIE NON TRASMISSIBILI</u>	
Progetto n°: 1.1 Guadagnare salute setting Scuola - "Educare alla salute: tutti per uno, uno per tutti"	19
Progetto n°: 1.2 Guadagnare salute setting Comunità - "Movimento come stile di vita"	21
Progetto n°: 1.3 Sorveglianze di popolazione -"Un buon Consiglio per la salute"	22
Progetto n°: 1.4 Screening Oncologici	24
Progetto n°: 1.5 Piano di Comunicazione sulle attività di prevenzione - "Dalla comunicazione alla condivisione"	26
<u>2 - MACROPROGETTO RETE AMBULATORIALE</u>	
Progetto n°: 2.1 Riorganizzazione delle sedi ambulatoriali specialistiche e consultoriali.....	28
Progetto n°: 2.2 Sedi di erogazione delle Cure primarie e forme organizzate di medicina generale	33
Progetto n°: 2.3 Centralizzazione delle chiamate di Continuità Assistenziale (CA)	35
<u>3 - MACROPROGETTO RESIDENZIALITÀ</u>	
Progetto n°: 3.1 Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS)	36
Progetto n°: 3.2 Percorso dei pazienti in residenzialità, semiresidenzialità e cure domiciliari.....	38
Progetto n°: 3.3 Hospice	46
<u>4 - MACROPROGETTO FARMACI, ASSISTENZA INTEGRATIVA E PROTESICA</u>	
Progetto n°: 4.1 Interventi di Assistenza Farmaceutica Territoriale	49
Progetto n°: 4.2 Interventi di Assistenza farmaceutica ospedaliera	51
Progetto n°: 4.3 Interventi di Assistenza Integrativa e protesica	53
<u>5 - MACROPROGETTO PAZIENTE FRAGILE</u>	
Progetto n°: 5.1 Percorso aziendale "Paziente fragile"	55
Progetto n°: 5.2 Sportello Unico Sociosanitario (SUSS).....	57
Progetto n°: 5.3 Riordino dei servizi territoriali psichiatrici	58
Progetto n°: 5.4 Percorso per giovani con sofferenza psichica.....	59
Progetto n°: 5.5 Percorso per minori affetti da Autismo.....	60
Progetto n°: 5.6 Animali "fragili"- utenti "fragili"	62
Progetto n°: 5.7 Controllo della Tubercolosi	63
RIFERIMENTI.....	64

PREMESSA

Il Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT) è il documento di programmazione definito dal Distretto in coerenza con gli indirizzi della programmazione strategica aziendale e regionale e con le risorse assegnate.

Come precisato nella DGR 26-1653/2015, il PAT è definito “*sulla base di uno schema-tipo regionale ed individua gli obiettivi da perseguire, in attuazione delle strategie aziendali, come definite nei relativi atti di programmazione e sulla base del fabbisogno rilevato nell’area di riferimento, definendo le attività da svolgere per conseguirli e la relativa distribuzione delle risorse assegnate*”.

In questa fase di prima attuazione il PAT deve essere adottato entro il 31.12.2015 e riguarda l’attività dell’anno 2016. Contestualmente all’adozione del bilancio aziendale, il PAT verrà successivamente aggiornato ed integrato con la programmazione triennale.

Nel PAT confluiscono gli obiettivi strategici del Distretto che necessitano di programmazione e di un costante monitoraggio, attraverso gli indicatori definiti nell’ambito del PAT medesimo. Il PAT, in particolare:

- rende esplicita la definizione della rete di offerta dei servizi sanitari e socio sanitari per pazienti fragili, cronici e disabili;
- adotta un modello di presa in carico al fine di aumentare l’appropriatezza del contesto di cura;
- sviluppa percorsi strutturati per pazienti fragili e disabili volti a superare le disuguaglianze di accesso¹.

Il PAT comprende, in appositi capitoli, anche la pianificazione delle attività dei Dipartimenti e dei Servizi Territoriali, con particolare riferimento a quelle svolte a livello distrettuale. A tal fine il PAT sarà orientato ad armonizzare eventuali indirizzi e priorità specifiche di un’area distrettuale con gli obiettivi fissati della pianificazione nazionale, regionale e aziendale della materia.

Il PAT individua inoltre, sulla base di indicatori misurabili definiti a livello regionale in allegato al suddetto schema tipo, le modalità di verifica e valutazione degli effettivi risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati, al fine di rendere possibili periodici riadeguamenti delle attività¹.

¹ Testo estratto dalla Deliberazione della Giunta Regionale 29 giugno 2015, n. 26-1653 “Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.”

RETE DEI SERVIZI OFFERTI

L'ASL VC garantisce i servizi previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza sanitari (LEA). Al fine di darne oggettiva evidenza, nel PAT sono individuati gli indicatori di tutela utili per verificare e valutare gli effettivi risultati raggiunti per ciascun LEA e sottolivello di assistenza (vd. "Indicatori del PAT", pagina seguente).

Gli indicatori sono stati definiti sulla base dello schema-tipo regionale² e, ove questi abbiano presentato delle criticità nella rilevazione, sono state individuate delle misure alternative in grado di consentire il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi prefissati e rendere possibili i necessari e periodici adeguamenti delle attività.

Nell'ambito dei LEA il Distretto ha inoltre individuato gli eventuali progetti prioritari utili per armonizzare a livello locale gli indirizzi della pianificazione nazionale e regionale. Le diverse schede di progetto condivise con gli stakeholder ai Tavoli di Lavoro aziendali e alla Conferenza Aziendale di Partecipazione sono riportate a partire da pag. 19 e definiscono la specifica pianificazione delle attività dei Dipartimenti e dei Servizi Territoriali, con particolare riferimento a quelle svolte a livello distrettuale.

OBIETTIVI STRATEGICI

Gli obiettivi strategici del Distretto, sviluppati più avanti nelle singole schede progettuali, si riassumono nei seguenti:

- soddisfare il bisogno sanitario dei residenti di prestazioni specialistiche ambulatoriali e consultoriali agendo al contempo:
 - sulla sostenibilità della rete ambulatoriale, ovvero sull'equilibrio tra i costi di gestione dei punti di erogazione e la produzione di prestazioni;
 - sul soddisfacimento degli standard previsti per i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali specialistiche che presentano particolare criticità, individuate dalla Regione Piemonte con DGR 12-2021/2015, SUB-Obiettivo 2.1. Miglioramento dei tempi di attesa;
 - sul miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;
- promuovere l'assistenza primaria erogata dai MMG e dai PLS attraverso lo sviluppo delle forme di aggregazione dei professionisti previste a livello nazionale e regionale (AFT, UCCP);
- caratterizzare e quantificare i "pazienti fragili" residenti nell'ASL VC e implementare percorsi a loro tutela lungo i possibili setting di assistenza (assistenza residenziale e semiresidenziale, pronto soccorso, ricovero ospedaliero, accesso ai servizi distrettuali, ecc.);
- garantire le prestazioni di carattere preventivo, con particolare riguardo agli screening oncologici;
- soddisfare il bisogno sanitario dei residenti di ricovero ospedaliero (in acuzie e post-acuzie), anche attraverso la collaborazione con le Strutture Private Accreditate operanti sul territorio aziendale;

² Nota Regionale prot. 17303 del 16/09/2015 (prot. interno n. prot. 41195 del 17/09/2015)

- garantire l'erogazione di prestazioni di assistenza farmaceutica, integrativa e protesica appropriate e tempestive;
- migliorare l'accessibilità degli utenti alle prestazioni di continuità assistenziale (ex Guardia Medica) attraverso l'attivazione di un numero unico per le chiamate telefoniche;
- garantire l'erogazione delle prestazioni incluse nei sottolivelli assistenziali non sopra specificati, così come espresso dagli indicatori di tutela riportati nella tabella "Indicatori del PAT).

ACRONIMI

- ACN = accordo collettivo nazionale
- ADI = assistenza domiciliare integrata. Per gli anziani trattati al domicilio è stata calcolata così come individuata dalla Regione Piemonte dalle voci dei Piani di Attività V101A+ V102A+ V103A
- ADI-UOCP = assistenza domiciliare integrata di cure palliative
- AFT = aggregazione funzionale territoriale
- AOU = azienda ospedaliera universitaria
- CAP = centro di cure primarie
- CAVS = continuità assistenziale a valenza sanitaria
- DGR = deliberazione di giunta regionale
- DTP = vaccino contro difterite, tetano e pertosse
- FOBT = ricerca del sangue occulto nelle feci (Fecal Occult Blood Test)
- HIV = virus dell'immunodeficienza umana (Human Immunodeficiency Virus)
- MMG = medico di medicina generale
- ND = non disponibile
- PAISA = Piano Aziendale Integrato di Sicurezza Alimentare
- PAT = Programma delle Attività Territoriali
- PLS = pediatra di libera scelta
- PRP = Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018
- PLP = Piano Locale della Prevenzione
- PS = pronto soccorso
- SER.D. = Servizio delle Dipendenze dell'ASL VC
- SET 118 = servizio di emergenza territoriale 118
- SIAN = Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione dell'ASL VC
- SISP = Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'ASL VC
- SPRESAL = Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro dell'ASL VC
- TBC = tubercolosi
- UCCP = unità complesse di cure primarie
- UVOS = Unità di Valutazione e Organizzazione Screening

INDICATORI DEL PAT

LEGENDA

La tabella che segue riproduce, adattandolo, il format proposto dalla Regione Piemonte con nota prot. 17303 del 16/09/2015 (prot. interno n. 41195 del 17/09/2015).

Gli acronimi utilizzati sono riportati nel capitolo "ACRONIMI" (**ND** = informazione non disponibile).

Colonna "Livello Assistenziale". Al fine della corretta individuazione dell'indicatore di tutela, nella prima colonna "Livello Assistenziale" è riportato il codice e la descrizione del sottolivello di assistenza (es. "10100" è il codice relativo al sottolivello "Igiene e sanità pubblica" del LEA "Prevenzione"). Per ragioni operative, nei casi in cui l'indicatore di tutela proposto dalla Regione abbia presentato delle criticità di calcolo, il codice corrispondente è presentato barrato (es. "~~10500~~"); con tale annotazione, infatti, è comunque sempre possibile risalire al sottolivello di assistenza e all'indicatore originariamente proposto.

Colonna Indicatore di tutela. Viene riportato l'indicatore di tutela così come indicato dalla Regione Piemonte con nota prot. 17303 del 16/09/2015 (prot. interno n. 41195 del 17/09/2015). Nei casi in cui la Regione non abbia indicato l'indicatore di tutela si è provveduto ad individuarne uno specifico (in tali casi l'indicatore è riportato in *corsivo*).

Colonna "Valore di riferimento". Ove disponibile è stato indicato il valore di riferimento per lo specifico indicatore di tutela proposto. I riferimenti sono stati individuati tra quelli disponibili nel documento "VERIFICA ADEMPIMENTI LEA - ANNO 2012", Ministero della Salute (Aprile 2014), citato anche nel format di PAT Regionale, o in altra normativa di settore.

Colonna "Valore obiettivo 2016". Questa colonna esplicita il valore obiettivo 2016, così come richiesto con nota prot. 17303 del 16/09/2015 (prot. interno n. 41195 del 17/09/2015) e con DGR 12-2021/2015. Per ciascun indicatore di tutela è indicata in questa colonna il valore obiettivo aziendale che riguarda tutto il territorio dell'ASL VC.

Colonne "Valore di rilevato 2014 ASL", "Valore di rilevato 2014 Distretto di Vercelli" e "Valore di rilevato 2014 Distretto della Valsesia". Così come richiesto dal format regionale sono riportati, ove disponibili, i relativi valori osservati per l'anno 2014.

Colonna "Azioni previste dal Distretto per realizzare il proprio obiettivo". In questa colonna compare il rimando ad uno specifico progetto solo nel caso in cui sia stata formalizzata una scheda progettuale sintetica dalla quale emergano risultati attesi aventi un impatto sul sottolivello di assistenza in esame.

Livello Assistenziale	Co-responsabilità (eventuale)	Indicatore di tutela	Valore di riferimento (da Griglia LEA o altro rif. disponibile)	Valore obiettivo 2016 Distretto ASL VC	Valore rilevato 2014 ASL	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VERCELLI	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VALSESIA	Azioni previste dal Distretto per realizzare il proprio obiettivo	Esistenza di scheda progetto (SI/NO)
10100 PREVENZIONE- Igiene e sanità pubblica	SISP	<i>Percentuale di malati di TBC e contatti controllati nel percorso di cura fino alla completa guarigione</i>	100%	6 ±10%	6	nd	nd	Vd. scheda di progetto n° 5.7 Controllo della tubercolosi	SI
10200 PREVENZIONE - Igiene degli alimenti e della nutrizione	SIAN - Veterinari	<i>Percentuale di unità controllate</i>	nd	17%	17%	nd	nd	Proseguimento delle attività in essere, come da PAISA ASL VC	NO

Livello Assistenziale	Co-responsabilità (eventuale)	Indicatore di tutela	Valore di riferimento (da Griglia LEA o altro rif. disponibile)	Valore obiettivo 2016 Distretto ASL VC	Valore rilevato 2014 ASL	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VERCELLI	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VALSESIA	Azioni previste dal Distretto per realizzare il proprio obiettivo	Esistenza di scheda progetto (SI/NO)
10300 PREVENZIONE - Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	SPRESAL	<i>Percentuale di unità controllate</i>	>=5%	5,2%	5,2%	nd	nd	Proseguimento delle attività in essere	NO
10500 PREVENZIONE - Attività di prevenzione rivolte alle persone (incl screening)	SISP	Copertura vaccinale nei bambini (ciclo base e MPR)	DTP/Polio 95% MPR 95%	DTP/Polio 97% MPR 89%	DTP/Polio 97,7% MPR 88,7%	nd	nd	Proseguimento delle attività in essere	NO
10500 PREVENZIONE - Attività di prevenzione rivolte alle persone (incl screening)	UVOS	<i>1. COPERTURA INVITI screening mammografico (donne 50-69 anni)</i>	75% (PRP 2015-18) atteso 75% minimo 67,5% (DGR 12/2021)	≥85%	89,63%	nd	nd	Vd. scheda di progetto n° 1.4 Screening oncologici	SI
10500 PREVENZIONE - Attività di prevenzione rivolte alle persone (incl screening)	UVOS	<i>2. COPERTURA INVITI screening cervico vaginale (donne 25-64 anni)</i>	70% (PRP 2015-18 - rif. per 2015) atteso 75% minimo 67,5% (DGR 12/2021)	≥80%	87,04%	nd	nd	Vd. scheda di progetto n° 1.4 Screening oncologici	SI
10500 PREVENZIONE - Attività di prevenzione rivolte alle persone (incl screening)	UVOS	<i>3. COPERTURA INVITI screening coloretale (58 anni) (sigmoidoscopia)</i>	82% (PRP 2015-18 - rif. per 2015) atteso 82% minimo 73,8% (DGR 12/2021)	≥85%	100,82%	nd	nd	Vd. scheda di progetto n° 1.4 Screening oncologici	SI

Livello Assistenziale	Co-responsabilità (eventuale)	Indicatore di tutela	Valore di riferimento (da Griglia LEA o altro rif. disponibile)	Valore obiettivo 2016 Distretto ASL VC	Valore rilevato 2014 ASL	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VERCELLI	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VALSESIA	Azioni previste dal Distretto per realizzare il proprio obiettivo	Esistenza di scheda progetto (SI/NO)
10500 PREVENZIONE - Attività di prevenzione rivolte alle persone (incl screening)	UVOS	<i>4. ADESIONE screening mammografico (donne 50-69 anni)</i>	47% (PRP 2015-18- rif. per 2015) atteso 47% minimo 42,3% (DGR 12/2021)	≥48%	59,88%	nd	nd	Vd. scheda di progetto n° 1.4 Screening oncologici	SI
10500 PREVENZIONE - Attività di prevenzione rivolte alle persone (incl screening)	UVOS	<i>5. ADESIONE screening cervico-vaginale (donne 25-64 anni)</i>	45% (PRP 2015-18- rif. per 2015) atteso 51% minimo 45,9% (DGR 12/2021)	≥48%	33,32%	nd	nd	Vd. scheda di progetto n° 1.4 Screening oncologici	SI
10500 PREVENZIONE - Attività di prevenzione rivolte alle persone (incl screening)	UVOS	<i>6. ADESIONE screening colorettales (FOBT+sigmoidoscopia) 58-69 anni</i>	32% (PRP 2015-18- rif. per 2015) atteso 32% minimo 28,8% (DGR 12/2021)	≥38%	34,60%	nd	nd	Vd. scheda di progetto n° 1.4 Screening oncologici	SI
10600 PREVENZIONE - Servizio medico legale	Medicina Legale	<i>N° prestazioni di medicina legale</i>	nd	19.000 +/- 10%	19.707	13.101	6.606	Proseguimento delle attività in essere	NO
10400 PREVENZIONE - Sanità pubblica veterinaria	Veterinari	<i>n° capi (bov/sui/ovi-caprini) macellati sottoposti a ispezione</i>	100%	100% rispetto al dato popolazione 2016	70.151	nd	nd	Proseguimento delle attività in essere	NO
20100 ASSISTENZA DISTRETTUALE -	-	N° Visite	nd	43.000-43.500	43.140	36.406	6.734	Vd. scheda di progetto n° 2.3 Centralizz. Chiamate di continuità	SI

Livello Assistenziale	Co-responsabilità (eventuale)	Indicatore di tutela	Valore di riferimento (da Griglia LEA o altro rif. disponibile)	Valore obiettivo 2016 Distretto ASL VC	Valore rilevato 2014 ASL	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VERCELLI	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VALSESIA	Azioni previste dal Distretto per realizzare il proprio obiettivo	Esistenza di scheda progetto (SI/NO)
Guardia medica (Continuità Assistenziale)		N° ore visite	nd	46.000-46.500	46.398	24.654	21.744	assistenziale	
20201 ASSISTENZA DISTRETTUALE - Medicina generale - Medicina generica	MMG	N MMG in AFT rispetto al totale di MMG	i MMG e i PLS in AFT/UCCP devono essere il 100% entro la stipula dei nuovi contratti ACN e comunque entro il periodo di vigenza del Patto per la Salute (2016)	14% (17/123)	0	0	0	Vd. scheda di progetto n° 2.2 Sedi di erogazione delle Cure Primarie e forme organizzate di medicina generale	SI
		N MMG in UCCP rispetto al totale di MMG		5,7% (7/123)	0	7 (CAP)/74	0 /55		
20202 ASSISTENZA DISTRETTUALE - Medicina	PLS	N PLS in AFT rispetto al totale di MMG	i MMG e i PLS in	25 % (2/16)	0	0	0	Vd. scheda di progetto n° 2.2 Sedi di erogazione delle Cure	SI

Livello Assistenziale	Co-responsabilità (eventuale)	Indicatore di tutela	Valore di riferimento (da Griglia LEA o altro rif. disponibile)	Valore obiettivo 2016 Distretto ASL VC	Valore rilevato 2014 ASL	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VERCELLI	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VALSESIA	Azioni previste dal Distretto per realizzare il proprio obiettivo	Esistenza di scheda progetto (SI/NO)
generale - Pediatria di libera scelta		N PLS in UCCP rispetto al totale di MMG	AFT/UCCP devono essere il 100% entro la stipula dei nuovi contratti ACN e comunque entro il periodo di vigenza del Patto per la Salute (2016)	13% (2/16)	2 (CAP)/16	2 (CAP)/9	0/7	Primarie e forme organizzate di medicina generale	
		N° bilanci di salute sul N° nati	3-5/primo anno	3-5/primo anno	2,3	2,3	2,3	Proseguimento delle attività in essere	NO
20300 ASSISTENZA DISTRETTUALE - Emergenza sanitaria territoriale (118)	SET 118 (AOU Novara)	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	17 min (estratto da Griglia LEA - agg. Nov 2014 per trend 2001-12 Piemonte)	Definizione in corso	Definizione in corso	Definizione in corso	Definizione in corso	In corso richiesta dati a SET 118 (AOU Novara) per definizione fabbisogno	NO
20401 ASSISTENZA DISTRETTUALE - Ass. farmaceutica - Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	Farmaceutica territoriale	Spesa per assistenza farmaceutica erogata da farmacie convenzionate	Tetto Spesa regionale 2014 26.678.390 (DGR 17-7488 del 23.04.2014)	€ 26.054.148	€ 26.504.753 da Bilancio consuntivo 2014	nd	nd	Vd. scheda di progetto n° 4.1 Interventi di assistenza farmaceutica territoriale	SI

Livello Assistenziale	Co-responsabilità (eventuale)	Indicatore di tutela	Valore di riferimento (da Griglia LEA o altro rif. disponibile)	Valore obiettivo 2016 Distretto ASL VC	Valore rilevato 2014 ASL	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VERCELLI	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VALSESIA	Azioni previste dal Distretto per realizzare il proprio obiettivo	Esistenza di scheda progetto (SI/NO)
20402 ASSISTENZA DISTRETTUALE - Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	Farmaceutica territoriale	Spesa per distribuzione diretta (indicatore calcolato come DD fascia A + fascia H, incluso ossigeno, inclusa mobilità passiva (tra cui i farmaci per epatite prescritti da AOU Novara e ASL BI)	Tetto Spesa regionale 2014 (produzione) 12.551.116 (DGR 53-7644 del 21.05.2014 e DGR 17-7488 del 23.04.2014)	€ 15.626.591 (di cui 3.383.547 mobilità regione)	€ 13.766.098 (di cui 2.015.309 mobilità regione)	nd	nd	Vd. scheda di progetto n° 4.1 Interventi di assistenza farmaceutica territoriale	SI
20500 ASSISTENZA DISTRETTUALE - Assistenza integrativa e protesica	Farmaceutica territoriale	Spesa media procapite per assistenza integrativa e protesica	40 €	34 €	34,84 €	38,45 € (calcolato su un rapporto di popolazione 60% VC; 40% BGS)	29,73 € (calcolato su un rapporto di popolazione 60% VC; 40% BGS)	Vd. scheda di progetto n° 4.3 Interventi di Assistenza Integrativa e protesica	SI
20601 ASSISTENZA DISTRETTUALE - Assistenza specialistica - complessiva <u>Attività clinica</u>	MMG, specialisti ospedalieri, specialisti convenzionati	Numero di prestazioni totali procapite (calcolo come da Programmi Operativi, DGR 15-7486/2014 Specialistica Ambulatoriale: su popolazione grezza, da flusso C, escluse prestazioni da flusso C2, incluse prestazioni di Consultorio, SERD. e Psichiatria)	12	<=14	15,73	nd	nd	Vd. scheda di progetto n° 2.1 Riorganizzazione delle sedi ambulatoriali specialistiche e consultoriali	SI
20602 ASSISTENZA DISTRETTUALE - Assistenza specialistica - <u>Attività di laboratorio</u>	MMG, specialisti ospedalieri, specialisti convenzionati	Numero di prestazioni per abitante (calcolo come da Programmi Operativi, DGR 15-7486/2014 Specialistica Ambulatoriale: su popolazione grezza, da flusso C, escluse prestazioni da flusso C2, incluse prestazioni di Consultorio, SERD. e Psichiatria)	9	<=10	11,33	nd	nd	Vd. scheda di progetto n° 2.1 Riorganizzazione delle sedi ambulatoriali specialistiche e consultoriali	SI

Livello Assistenziale	Co-responsabilità (eventuale)	Indicatore di tutela	Valore di riferimento (da Griglia LEA o altro rif. disponibile)	Valore obiettivo 2016 Distretto ASL VC	Valore rilevato 2014 ASL	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VERCELLI	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VALSESIA	Azioni previste dal Distretto per realizzare il proprio obiettivo	Esistenza di scheda progetto (SI/NO)
20602 ASSISTENZA DISTRETTUALE - Assistenza specialistica - <u>Attività di diagnostica strumentale e per immagini</u>	MMG, specialisti ospedalieri, specialisti convenzionati	Numero di prestazioni TC per 100 residenti (calcolo come da Programmi Operativi, DGR 15-7486/2014 Specialistica Ambulatoriale: su popolazione grezza, da flusso C, escluse prestazioni da flusso C2, incluse prestazioni di Consultorio, SERD. e Psichiatria)	≤7,26 per 100 residenti	<5	5,90	nd	nd	Vd. scheda di progetto n° 2.1 Riorganizzazione delle sedi ambulatoriali specialistiche e consultoriali	SI
		Numero di prestazioni RMN per 100 residenti (calcolo come da Programmi Operativi, DGR 15-7486/2014 Specialistica Ambulatoriale: su popolazione grezza, da flusso C, escluse prestazioni da flusso C2, incluse prestazioni di Consultorio, SERD. e Psichiatria))	≤ 6,49 per 100 residenti	<6,4	6,66	nd	nd	Vd. scheda di progetto n° 2.1 Riorganizzazione delle sedi ambulatoriali specialistiche e consultoriali	SI
20601 ASSISTENZA DISTRETTUALE - Assistenza specialistica – <u>Terapia Fisica</u> <u>Attività clinica</u>	MMG, specialisti ospedalieri, specialisti convenzionati	Numero di prestazioni di terapia Fisica per 100 residenti (calcolo come da Programmi Operativi, DGR 15-7486/2014 Specialistica Ambulatoriale: su popolazione grezza, da flusso C, escluse prestazioni da flusso C2, incluse prestazioni di Consultorio, SERD. e Psichiatria)	≤20,51	18,6	18,66	nd	nd	Vd. scheda di progetto n° 2.1 Riorganizzazione delle sedi ambulatoriali specialistiche e consultoriali	SI
20801 e 20806 ASSISTENZA DISTRETTUALE – Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a domicilio (ADI)	MMG	% di anziani > 65 anni trattati in ADI (Popolazione al 31.12.2014 da BDDE:14.427 Borgosesia e 26.360 Vercelli)	>=4%	>=2,55%	2,55%	2,60%	2,48%	Rivalutazione dei pazienti in dimissione dall'ospedale in collaborazione con la Direzione Medica per l'eleggibilità all'ADI come modalità alternativa di setting di dimissione. Uniformare le modalità di lavoro e gli orari di apertura della Centrale Operative delle Cure Domiciliari con rivalutazione delle risorse umane necessarie a garantire il servizio secondo gli standard (365 giorni/anno, dalle 8 alle 20).	NO

Livello Assistenziale	Co-responsabilità (eventuale)	Indicatore di tutela	Valore di riferimento (da Griglia LEA o altro rif. disponibile)	Valore obiettivo 2016 Distretto ASL VC	Valore rilevato 2014 ASL	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VERCELLI	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VALSESIA	Azioni previste dal Distretto per realizzare il proprio obiettivo	Esistenza di scheda progetto (SI/NO)
20802 ASSISTENZA DISTRETTUALE – Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	-	N prestazioni di consultorio per mille abitanti	nd	82 ±10%	82	nd	nd	Vd. scheda di progetto n° 2.1 Riorganizzazione delle sedi ambulatoriali specialistiche e consultoriali	SI
20803 ASSISTENZA DISTRETTUALE – Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare – Assistenza psichiatrica	Dipartimento Salute Mentale	Utenti in carico nei centri di salute mentale per 100.000 abitanti (Popolazione tra 20-64 anni)	nd	1.900 ±10%	1.901	nd	nd	Proseguimento delle azioni in essere	NO
20804 ASSISTENZA DISTRETTUALE – Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai disabili	Fisiatri	N. giornate di assistenza riabilitativa a favore di disabili	nd	≥ 0,0	0	0	0	Vd. scheda di progetto n° 3.2 Percorso pazienti in residenzialità, semiresidenzialità e cure domiciliari. Rivalutazione dei pazienti in dimissione dall'ospedale in collaborazione con la Direzione Medica per l'eleggibilità all'ADI come modalità alternativa di setting di dimissione. Uniformare le modalità di lavoro e gli orari di apertura della Centrale Operative delle Cure Domiciliari con rivalutazione delle risorse umane necessarie a garantire il servizio secondo gli standard (365 giorni/anno, dalle 8 alle 20).	SI
20805 ASSISTENZA DISTRETTUALE – Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipendenti	SER.D.	N° utenti in carico (Popolazione tra 15-50 anni)	nd	1.089 ±10%	1089	796	293	Proseguimento delle attività in essere	NO

Livello Assistenziale	Co-responsabilità (eventuale)	Indicatore di tutela	Valore di riferimento (da Griglia LEA o altro rif. disponibile)	Valore obiettivo 2016 Distretto ASL VC	Valore rilevato 2014 ASL	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VERCELLI	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VALSESIA	Azioni previste dal Distretto per realizzare il proprio obiettivo	Esistenza di scheda progetto (SI/NO)
20807 ASSISTENZA DISTRETTUALE – Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	Cure palliative e hospice	% malati terminali trattati in Cure domiciliari (indicatore calcolato come da dati forniti dalla SSD Cre palliative e Hospice –numeratore: n° malati terminali trattati in cure domiciliari; denominatore: n. dei malati terminali fornito da SSD Cure palliative e hospice – approssimato come n° casi Hospice + n° casi ADI-UOCP + visite estemporanee). Indicatore da perfezionare successivamente per includere tutti i pazienti terminali	nd	50% ±5	54,9% (210 /366)	nd	nd	Rivalutazione dei pazienti in dimissione dall'ospedale in collaborazione con la Direzione Medica per l'eleggibilità all'ADI-UOCP modalità alternativa di setting di dimissione. Uniformare le modalità di lavoro e gli orari di apertura della Centrale Operative delle Cure Domiciliari con rivalutazione delle risorse umane necessarie a garantire il servizio secondo gli standard (365 giorni/anno, dalle 8 alle 20).	NO
20808 ASSISTENZA DISTRETTUALE – Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza a persone affette da HIV	Malattie infettive	N° persone con HIV assistite in assistenza domiciliare	nd	≥ 1	1	1	0	Rivalutazione dei pazienti in dimissione dall'ospedale in collaborazione con la Direzione Medica per l'eleggibilità all'ADI come modalità alternativa di setting di dimissione. Uniformare le modalità di lavoro e gli orari di apertura della Centrale Operative delle Cure Domiciliari con rivalutazione delle risorse umane necessarie a garantire il servizio secondo gli standard (365 giorni/anno, dalle 8 alle 20).	NO
21100 ASSISTENZA DISTRETTUALE – Assistenza idrotermale	-	Costo di assistenza idrotermale per mille assistiti	nd	€ 1.143 ±5%	€ 1.143	nd	nd	Trattasi di mobilità passiva in quanto non sono presenti nell'ambito aziendale stabilimenti termali. Non sono previste variazioni delle modalità operative.	NO
20901 ASSISTENZA DISTRETTUALE – Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica	Dipartimento Salute Mentale	N° giornate di semiresidenzialità per assistenza psichiatrica (Popolazione tra 20-64 anni)	nd	9.138 ±10%	9.138	nd	nd	Vd. scheda di progetto n° 5.3 Riordino dei servizi territoriali psichiatrici. Rivalutazione dei pazienti psichiatrici alla luce della nuova normativa regionale	SI

Livello Assistenziale	Co-responsabilità (eventuale)	Indicatore di tutela	Valore di riferimento (da Griglia LEA o altro rif. disponibile)	Valore obiettivo 2016 Distretto ASL VC	Valore rilevato 2014 ASL	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VERCELLI	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VALSESIA	Azioni previste dal Distretto per realizzare il proprio obiettivo	Esistenza di scheda progetto (SI/NO)
20902 ASSISTENZA DISTRETTUALE – Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	-	N° giornate di semiresidenzialità per assistenza ai disabili	nd	22.072 ±10%	22.072	nd	nd	Proseguimento delle attività in essere compatibilmente con le risorse assegnate	NO
20903 ASSISTENZA DISTRETTUALE – Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	SER.D	N° giornate di semiresidenzialità per assistenza ai tossicodipendenti (Popolazione tra 15-50 anni)	nd	0	0	nd	nd	Non previste azioni specifiche (attivazione in caso di bisogno)	NO
20904 ASSISTENZA DISTRETTUALE – Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza agli anziani	-	N° giornate di semiresidenzialità per assistenza agli anziani (Popolazione >= 65 anni)	nd	2.257 ±10%	2.257	nd	nd	Le giornate individuate si riferiscono ai pazienti affetti da Alzheimer. È previsto il proseguimento delle attività in essere e la presenza di strutture convenzionate.	NO
20905 ASSISTENZA DISTRETTUALE – Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza a persone affette da HIV	-	N° giornate assistenza semiresidenziale a pazienti con HIV	nd	0	0	0	0	Nessuna specifica (attivazione in caso di bisogno)	NO
20906 ASSISTENZA DISTRETTUALE – Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai malati terminali	Cure palliative e Hospice	N° giornate di semiresidenzialità per assistenza ai malati terminali (day hospice)	nd	0	0	nd	nd	Non previste azioni specifiche; mantenimento dei setting assistenziali ad oggi disponibili (Hospice e ADI-UOCP)	NO
21001 ASSISTENZA DISTRETTUALE – Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica	Dipartimento Salute Mentale	N° giornate di residenzialità per assistenza psichiatrica (Popolazione tra 20-64 anni)	nd	28.621 ±10%	28.621	nd	nd	Vd. scheda di progetto n° 5.3 Riordino dei servizi territoriali psichiatrici. Rivalutazione dei pazienti psichiatrici come da DGR 30-1715/2015	SI
21002 ASSISTENZA DISTRETTUALE – Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	-	N° giornate di residenzialità per assistenza ai disabili	nd	35.012 ±10%	35.012	22.659	12.353	Vd. scheda di progetto n° 3.2 Percorso pazienti in residenzialità, semiresidenzialità e cure domiciliari.	SI

Livello Assistenziale	Co-responsabilità (eventuale)	Indicatore di tutela	Valore di riferimento (da Griglia LEA o altro rif. disponibile)	Valore obiettivo 2016 Distretto ASL VC	Valore rilevato 2014 ASL	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VERCELLI	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VALSESIA	Azioni previste dal Distretto per realizzare il proprio obiettivo	Esistenza di scheda progetto (SI/NO)
21003 ASSISTENZA DISTRETTUALE – Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	SER.D	N° giornate di residenzialità per assistenza ai tossicodipendenti (Popolazione tra 15-50 anni)	nd	4.867	4.867	nd	nd	Vd. scheda di progetto n° 3.2 Percorso pazienti in residenzialità, semiresidenzialità e cure domiciliari.	SI
21004 ASSISTENZA DISTRETTUALE – Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani	-	N° giornate per assistenza agli anziani => 65 anni	nd	302.568 ±10%	302.568	173.615	128.953	Vd. scheda di progetto n° 3.2 Percorso pazienti in residenzialità, semiresidenzialità e cure domiciliari.	SI
21005 ASSISTENZA DISTRETTUALE – Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV	-	N° giornate di assistenza residenziale per HIV	nd	365	730	nd	nd	Vd. scheda di progetto n° 3.2 Percorso pazienti in residenzialità, semiresidenzialità e cure domiciliari. Nel 2016 è previsto il proseguimento della residenzialità per 1 solo utente	SI
21006 ASSISTENZA DISTRETTUALE – Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai malati terminali	Cure palliative e Hospice	N° giornate di hospice per assistenza ai malati terminali deceduti per tumore (da verifiche su PIA, i valori includono anche le giornate comunicate dai Distretti alle voci "Assistenza residenziale per Anziani, Disabili e Minori. I valori includono anche le giornate utilizzate dai pazienti in coma vegetativo)	nd	4.506 ±10%	4.506 (di cui Hospice 2.083)	2.010 (di cui: 2.010 per malati terminali disabili; nd per Hospice)	413 (di cui: 196 per malati terminali disabili; 217 per anziani terminali; nd per Hospice)	Vd. scheda di progetto n° 3.3 Hospice	SI
30100 ASSISTENZA OSPEDALIERA – Attività di pronto soccorso (accessi)	DEA, MMG, PLS, Guardia medica	N° accesso al PS per mille assistiti	nd	<285	273,28	256,62	285,07	Vd. scheda di progetto n° 3.1 CAVS	NO
30201 ASSISTENZA OSPEDALIERA – Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery	Direzione Medica	Tasso di ricoveri per 1000 assistiti N.B. indicatore calcolato includendo anche i post-acuti	40*1000 abitanti (DM 70/02/04/2015)	25,46	29,05	27,59	31,12	n° 4.2 Interventi di Ass. farmaceutica ospedaliera	SI
30202 ASSISTENZA OSPEDALIERA – Ass.	Direzione Medica	Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	113	<86,67	86,95	89,20	83,78	n° 4.2 Interventi di Ass. farmaceutica ospedaliera	SI

Livello Assistenziale	Co-responsabilità (eventuale)	Indicatore di tutela	Valore di riferimento (da Griglia LEA o altro rif. disponibile)	Valore obiettivo 2016 Distretto ASL VC	Valore rilevato 2014 ASL	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VERCELLI	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VALSESIA	Azioni previste dal Distretto per realizzare il proprio obiettivo	Esistenza di scheda progetto (SI/NO)
ospedaliera per acuti in degenza ordinaria		Percentuale parti cesari primari (calcolata sulla produzione dei presidi ospedalieri come da DRG 34-6516 del 14/10/2013 (Obiettivi assegnati al Direttore Generale, anno 2013)	<=25%	25% tot. presidi	27%	22% (ospedale VC)	36% (ospedale Borgosesia)	BORGOSIESIA: riorganizzazione delle attività ospedaliere ai sensi delle DGR 1-600 e 1-924 in modo da destinare più personale di assistenza al percorso nascita; piena operatività della sala operatoria annessa alla sala parto con incremento della sicurezza	NO
		Percentuale pazienti >= 65 anni con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 GG in RO (calcolata sulla produzione dei presidi ospedalieri come da DRG 34-6516 del 14/10/2013 (Obiettivi assegnati al Direttore Generale, anno 2013)	>=80%	>80% tot. presidi	46%	57% (ospedale VC)	42% (ospedale Borgosesia)	I dati relativi al I semestre 2015 evidenziano un miglioramento del valore osservato. Si intende proseguire le azioni in essere.	NO
30300 ASSISTENZA OSPEDALIERA – Interventi ospedalieri a domicilio	Direzione Medica	N° interventi ospedalieri al domicilio	nd	0	0	0	0	Non previste per l'anno 2016	NO
30400 ASSISTENZA OSPEDALIERA – Ass. ospedaliera per <u>lungodegenti</u>	Direzione Medica	Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	1,86 valore osservato Regione Piemonte aa 2014 (rapporto Ministero)	5	8,50	8,48	8,52	Nel 2016 viene definito un fabbisogno del 5 per mille abitanti in considerazione dell'applicazione delle DGR 1-600/2014 e 1-924/2015 Vd. scheda di progetto n° 3.1 CAVS	SI
30500 ASSISTENZA OSPEDALIERA - Ass. ospedaliera per <u>riabilitazione</u>	Direzione Medica	Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	6,84 valore osservato regione Piemonte 2014 Oppure 5,13 valore nazionale (rapporto Ministero)	6,39	6,66	6,08	7,50	Proseguimento azioni in essere (contrattazione con privati accreditati per acquisto di prestazioni riabilitative per i nostri residenti)	SI

Livello Assistenziale	Co-responsabilità (eventuale)	Indicatore di tutela	Valore di riferimento (da Griglia LEA o altro rif. disponibile)	Valore obiettivo 2016 Distretto ASL VC	Valore rilevato 2014 ASL	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VERCELLI	Valore rilevato 2014 DISTRETTO VALSESIA	Azioni previste dal Distretto per realizzare il proprio obiettivo	Esistenza di scheda progetto (SI/NO)
30600 FUNZIONI SPECIFICHE - Emocomponenti e servizi trasfusionali	Direzione Medica, SIMT	<i>Consumo globuli rossi per mille abitanti espresso in sacche</i>	< = 40 * 1000 abitanti	< = 40,2 (6960/173.309)	30,9 (5360/173.309)	-	-	Proseguimento azioni in essere	NO
30700 FUNZIONI SPECIFICHE - Trapianto organi e tessuti	Direzione Medica, Rianimazione	<i>n° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione/n° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica (%)</i> (indicatore e atteso come da DGR 12-2012/2015)	20-40%	>40%	29%	28,6 (ospedale di Vercelli)	-	Proseguimento delle azioni in essere Azioni di raccordo con i Sindaci per la tenuta e l'aggiornamento del "registro delle volontà di donare"	NO
	Direzione Medica, Rianimazione	<i>n° esecuzioni prelievo di cornea effettuate nell'anno/ totale decessi ospedalieri nell'anno precedente (%)</i> (indicatore e atteso come da DGR 12-2012/2015)	>=2%	>=2%	1%	1,4% (ospedale di Vercelli)	0,0% (ospedale di Borgosesia)	Proseguimento delle azioni di implementazione dei prelievi di cornea (ottimizzazione procurement in entrambi i presidi tramite azioni di sensibilizzazione sugli operatori sanitari). La proiezione dei dati al 31.12.2015 evidenzia un valore del 2% su entrambi gli ospedali. Azioni di raccordo con i Sindaci per la tenuta e l'aggiornamento del "registro delle volontà di donare"	NO

LE SCHEDE PROGETTUALI

1 - MACROPROGETTO PREVENZIONE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI

Responsabile di macroprogetto	Dott.ssa Antonella Barale S.S. Epidemiologia antonella.barale@aslvc.piemonte.it	
Progetto n°: 1.1 Guadagnare salute setting Scuola - "Educare alla salute: tutti per uno, uno per tutti"		
Sottolivello assistenziale:	▪ Prevenzione - Attività di prevenzione rivolta alle persone	
Project leader	Dott.ssa Raffaella Scaccioni – RePES aziendale raffaella.scaccioni@aslvc.piemonte.it	
Corresponsabili	Dr.ssa Paola Gariboldi (SerD), Dr. Gianfranco Abelli (SIAN), Dott.ssa Patrizia Colombari (S.C. Psicologia), Dr.ssa Maria Esposito (S.C. Malattie Infettive), Dr.ssa Elena Uga (S.C. Pediatria), Dr. Germano Giordano (Medico dello Sport)	
OBIETTIVO GENERALE Migliorare l'efficacia delle attività di prevenzione e promozione della salute rivolte agli Istituti Scolastici del territorio dell'ASL VC		
Razionale Il Programma 1 del P.R.P. 2015/18 – Guadagnare Salute Piemonte, scuole che promuovono salute – prevede il consolidamento dell'alleanza tra Servizi Sanitari e Ufficio Scolastico Regionale del Ministero dell'Istruzione, organo che rappresenta il settore Scuola a livello di regione Piemonte, attraverso il rinforzo delle attività di coprogettazione e scelta congiunta di priorità di intervento (DGR n.34-562 del 10 novembre 2014). Risulta necessario che l'attività di promozione della salute e prevenzione nel setting scolastico dei servizi sanitari dell'ASL VC, territoriali e ospedalieri, sia coordinata dal Referente per la Promozione della salute (RePES) in modo funzionale ai compiti dettati dal P.R.P 2015/18 e ricompresi del P.L.P. dell'ASL VC 2015. Attualmente il coordinamento degli interventi avviene attraverso la definizione di un Catalogo di attività che dovrebbe comprendere tutte le proposte che i diversi Servizi dell'ASL rivolgono alle scuole. Successivamente il RePES si fa carico di diffonderlo in ambito scolastico inviando comunicazione mail e presentandolo alle Scuole in incontri specifici; inoltre raccoglie e smista le adesioni, monitora lo svolgimento delle attività, chiede a tutti i responsabili di progetto la relazione di fine Anno Scolastico e infine, supportata dai responsabili dei progetti, inserisce i dati in Banca Dati Prosa online (il principale strumento identificato dalla Regione Piemonte per la rendicontazione delle attività di promozione della salute), valorizzando così a livello regionale l'attività svolta. La criticità è costituita dal fatto che alcuni Servizi Sanitari, più spesso ospedalieri che territoriali, svolgono attività di prevenzione nel setting scuola senza coordinarsi con il RePES e con il Gruppo Aziendale di Promozione della Salute (Deliberazione del Direttore Generale n. 459 del 30.11.2010 e successive modifiche nella Deliberazione del Commissario n. 124 del 17.10.2011). Si tratta spesso di interventi spot, indicati dalla letteratura come non efficaci, che risultano essere comunque un investimento di energie professionali. Ulteriore criticità è la mancanza di un supporto amministrativo nel settore Promozione della Salute, presente fino a luglio 2014, necessario per lo svolgimento della parte organizzativa e di raccordo con i diversi Istituti Scolastici. La gestione a livello centrale delle attività di promozione della salute rivolte alle scuole permette di dare risposte uniformi sia organizzative che metodologiche alle richieste di intervento provenienti dalle scuole e nel contempo permette agli operatori dei Servizi Sanitari di impegnare il proprio tempo esclusivamente sull'intervento specifico di loro competenza.		
AZIONI	Resp.	Scadenza
1. Definire la procedura aziendale per l'avvio dei progetti in ambito scolastico attraverso incontri del Gruppo di lavoro (Gruppo Promozione Salute e Gruppi Guadagnare Salute). Incontri del Gruppo di lavoro (Gruppo Promozione Salute e Gruppi Guadagnare Salute) allo scopo di definire la procedura aziendale per l'avvio dei progetti in ambito scolastico	RePES ASL VC	31.03.2016
2. Rendere nota la procedura a tutti i Responsabili di S.C. dell'ASL VC		30.04.2016
3. Realizzare un evento formativo sulle principali metodologie efficaci in Promozione della Salute in ambito scolastico rivolto a tutti i professionisti coinvolti nei progetti con setting Scuola.		30.06.2016
4. Organizzare una riunione di programmazione dell'attività di prevenzione e promozione della salute nel setting scolastico a cui invitare i responsabili o loro delegati di tutte le Strutture dell'ASL VC.		30.06.2016
5. Presentazione alle Scuole del Catalogo dell'A.S. 2016-2017		30.09.2016
6. Avviare i progetti nelle Scuole aderenti. In previsione, negli anni successivi, valutazioni sull'adesione delle Scuole in rapporto a standard di riferimento.		31.12.2016
IMPATTO ATTESO		
Vantaggi per l'azienda	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclusione nel Catalogo dell'A.S. 2016/17 di tutte le attività di prevenzione e promozione della salute rivolte alle scuole da parte dell'ASL VC. ▪ Riduzione/eliminazione di attività spot realizzate nel corso dell'A.S. e non contemplate nel Catalogo. 	
Vantaggi per l'utente finale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizzazione in ambito scolastico di Buone Pratiche di Promozione della Salute. ▪ Miglioramento in termini organizzativi e di efficienza. 	
Indicatore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numero di interventi Spot: <= 20% degli interventi compresi nel Catalogo di attività ▪ Presenza di procedura aziendale per avviare progetti di prevenzione e promozione della salute nel contesto scolastico 	
ASL VC	PAT 2016 (DIS.PRG.1850.00).doc	19/67
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

Consumo di risorse	▪ Non aumento del consumo di risorse, razionalizzazione delle risorse
Documenti di riferimento/Allegati	Deliberazione della Giunta Regionale n. 34-562 del 10 novembre 2014. Deliberazione del Direttore Generale n. 459 del 30.11 2010 Deliberazione del Commissario n. 124 del 17.10.2011
U.O. aziendali coinvolte	Dipartimento di Prevenzione – Gruppo aziendale Promozione salute – S.S. Epidemiologia - Strutture territoriali ed ospedaliere coinvolte nei programmi PLP
Attori esterni	Ufficio Scolastico Regionale/Provinciale

1 - MACROPROGETTO PREVENZIONE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI

Responsabile di macroprogetto	Dott.ssa Antonella Barale S.S. Epidemiologia antonella.barale@aslvc.piemonte.it	
Progetto n°: 1.2 Guadagnare salute setting Comunità - "Movimento come stile di vita"		
Sottolivello assistenziale:	Prevenzione - Attività di prevenzione rivolta alle persone	
Project leader	Dott.ssa Raffaella Scaccioni – RePES aziendale raffaella.scaccioni@aslvc.piemonte.it	
Corresponsabili	Dr.ssa Paola Gariboldi (SERD), Dr.ssa Erica Fanton (Fisiatra RRF – Borgosesia), Dr.ssa Rosselli Ceruti (Fisiatra RRF – Vercelli), Annalisa Tomagra (Fisioterapista RRF – Vercelli), Dr. Germano Giordano (Medico dello Sport), Dr. Marco Ferri (MMG)	
OBIETTIVO GENERALE Promuovere l'attività fisica in pazienti over 65 anni: Realizzare un percorso efficace di miglioramento del proprio stato di salute, alternativo all'uso improprio delle strutture sanitarie tramite corsi di Attività Fisica Adattata (AFA).		
Razionale In attuazione delle linee guida del Piano Regionale della Prevenzione 2015/18 e nella realizzazione del Piano Locale della Prevenzione, l'ASL VC è impegnata in azioni organizzative di promozione e facilitazione dell'attività motoria. La sorveglianza PASSI, evidenzia che nella ASL VC il 31% delle persone tra i 18 e i 65 anni è sedentaria, il 38% pratica attività fisica in quantità inferiore ai livelli raccomandati. Il 34% dei sedentari sono soggetti di età compresa tra i 50 e i 69 anni. Nel 2009 l'allora S.C. Riabilitazione e Recupero Funzionale, in collaborazione con la UISP aveva già realizzato un progetto, sulla base delle evidenze epidemiologiche locali, mirato a proporre sul territorio dell'ASL VC attività fisiche adatte (AFA) a soggetti con diminuite capacità funzionali e con stili di vita sedentari. L'attività proposta intende riattivare la rete di alleanze (Centro Servizi per il volontariato, Associazione di promozione dell'attività motoria, UISP...) che supportava il progetto del 2009 inserendo però alcuni cambiamenti organizzativi e di gestione.		
Metodi e strumenti Obiettivo organizzativo del progetto è la realizzazione di un percorso efficace di miglioramento dello stato di salute, alternativo all'uso improprio delle strutture sanitarie per i cittadini affetti da patologie osteoarticolari croniche e/o sedentari. In particolare si intende proporre un protocollo di esercizi (AFA) adatti alle diminuite capacità funzionali conseguenti a sindromi algiche croniche a carico della colonna vertebrale e/o di altre articolazioni derivanti da sedentarietà o immobilità. Per AFA s'intendono programmi di esercizi fisici da praticare regolarmente e in gruppo, non svolti in ambito sanitario, definiti sulla base della letteratura scientifica. Si prevede la costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare all'interno dell'ASL composto da professionisti del Servizio di Recupero e Riabilitazione funzionale, medici fisiatra e fisioterapisti, da un rappresentante dei Medici di Medicina Generale (MMG) e del Distretto, dal Medico dello Sport; la Promozione della Salute nella figura del RePES sosterrà l'avvio del processo e curerà la creazione della rete di collaborazione con i soggetti esterni quali i Comuni, le associazioni che promuovono l'attività fisica quali l'Unione Italiana Sport per tutti (UISP) e le associazioni di volontariato. Il Comune di Vercelli ha garantito il proprio sostegno al progetto individuando spazi ad uso gratuito per ospitare le sessioni bisettimanali di Attività Fisica Adattata. Si accede all'AFA su indicazione del medico di medicina generale (MMG) o dello specialista fisiatra, ma anche su consiglio del fisioterapista al termine dei programmi riabilitativi, sentito il parere del curante; è possibile comunque accedere ai corsi AFA anche in modo autonomo poiché si tratta di attività che non necessitano di certificazione medica. I corsi si svolgono sotto la guida di laureati in Scienze Motorie, con formazione specifica. L'ASL VC mette a disposizione le risorse umane per l'organizzazione del programma anche vista la finalità di contenimento della spesa sanitaria. I costi dei corsi AFA sono coperti da un contributo minimo richiesto ad ogni partecipante, che va incontro agli aspetti di autosostenibilità del progetto e di riduzione delle disuguaglianze, e le coperture assicurative sono garantite dalle Associazioni ed Enti promotori tramite una iscrizione annuale.		
AZIONI	Resp.	Scadenza
1. Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare specifico	RePES ASL VC	31.03.2016
2. Creazione di una rete tra Enti Locali, Associazioni per l'attività fisica e ASL VC	RePES ASL VC	30.12.2016
3. Realizzazione di corsi di Attività Fisica Adattata (AFA)	VC/Gruppo lavoro multidisciplinare	31.12.2016
5. Valutazione efficacia, gradimento e partecipazione ai corsi AFA	multidisciplinare	31.12.2016
IMPATTO ATTESO		
Vantaggi per l'azienda	Minore richiesta di prestazioni sanitarie riabilitative	
Vantaggi per l'utente finale	Contrastare l'avanzamento di patologie osteoarticolari e/o legate alle sedentarietà.	
Indicatore	N. corsi AFA avviati: almeno 2 entro il 2016	
Consumo di risorse	Progetto realizzabile limitatamente alla garanzia di continuità nella disponibilità delle risorse umane attualmente identificate nel gruppo di lavoro.	
Documenti di riferimento/Allegati	- PRP 2015-2018 – DGR n.25-1513, 03.06.2015 - PLP ASL VC 2015 – Delibera DG n. 618, 30.07.2015 - Carta di Toronto - maggio 2010 - Una comunità in movimento. Repertorio di strumenti per analisi e interventi sul territorio, in www.dors.it/pubblicazioni	
U.O. aziendali coinvolte	Dipartimento di Prevenzione – Gruppo di lavoro Attività Fisica – Epidemiologia – Distretti – MMG - Medico dello sport - Fisiatra	
Attori esterni	Comuni – UISP (Unione Italiana Sport per Tutti)	

1 - MACROPROGETTO PREVENZIONE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI

Responsabile di macroprogetto	Dott.ssa Antonella Barale S.S. Epidemiologia antonella.barale@aslvc.piemonte.it	
Progetto n°: 1.3 Sorveglianze di popolazione - "Un buon Consiglio per la salute"		
Sottolivello assistenziale:	Prevenzione - Attività di prevenzione rivolta alle persone	
Project leader	Dott.ssa Antonella Barale S.S. Epidemiologia antonella.barale@aslvc.piemonte.it	
Corresponsabili	Dr. Benedetto Francese (S.S.D. UVOS), Dott. Francesco Groppi (S.S.D. UVOS), Dr.ssa Raffaella Scaccioni (RePES aziendale-Coordinatore del Sottogruppo aziendale "Sili di vita" dedicato alla formazione sul "counselling motivazionale breve"), Dr. Marco Ferri (MMG)	
OBIETTIVO GENERALE Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili: coinvolgimento e partecipazione dei medici di medicina generale per una cultura condivisa in un sistema di rete.		
Razionale Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT), malattie cardiovascolari, tumori, patologie respiratorie croniche e diabete, costituiscono il principale problema di sanità pubblica, sono infatti la prima causa di morbosità, invalidità e mortalità e il loro impatto provoca danni umani sociali ed economici elevati. Le stime indicano che almeno l'80% di tutti i casi di malattie cardiache, ictus e diabete di tipo 2 e almeno un terzo dei casi di cancro si possono prevenire. Le disuguaglianze nel carico di malattie non trasmissibili poi all'interno dei Paesi e fra i Paesi dimostrano che il potenziale di miglioramento in termini di salute è ancora enorme. A livello nazionale il Programma "Guadagnare Salute" che rientra nella cornice della strategia europea dell'OMS per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche, ha come obiettivo primario di agire in modo integrato e coordinato sui quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica) e identifica quattro aree tematiche (o programmi specifici):		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ promozione di comportamenti alimentari salutari ▪ lotta al tabagismo ▪ contrasto ai consumi rischiosi di alcol ▪ promozione dell'attività fisica. 		
<p>Il Piano d'azione OMS prevede anche che gli Stati potenzino i Sistemi di Sorveglianza così da fornire regolarmente dati e informazioni. A livello nazionale, il Piano nazionale della prevenzione sin dal 2010 include l'implementazione e la messa a regime dei Sistemi di Sorveglianza sia tra gli obiettivi di salute da realizzare, sia tra gli strumenti per l'attuazione del Piano stesso.</p> <p>A questo proposito la "Sorveglianza Passi" si caratterizza come una sorveglianza di popolazione in sanità pubblica che raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta, fra i 18 e i 69 anni d'età, sugli stili di vita e i fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione.</p> <p>I medici e gli operatori sanitari possono svolgere azioni efficaci per promuovere stili di vita salutari. La sorveglianza PASSI rileva che solo una minoranza della popolazione adulta riferisce attenzione da parte di medici e operatori sanitari a questi aspetti, nonostante essi ben ne conoscano gli effetti sulla salute. Nella ASL di Vercelli questa attenzione è più bassa che in altre ASL del Piemonte.</p> <p>Ci si propone pertanto di fornire strumenti per cambiare l'approccio dei Medici di medicina generale (MMG) alla promozione di stili di vita sani partendo dalle informazioni ottenute con la Sorveglianza Passi e dalle prove di efficacia disponibili.</p>		
AZIONI		
	Resp.	Scadenza
1. Realizzazione di report sui dati della Sorveglianza Passi e revisione della letteratura su prove di efficacia e contrasto alle disuguaglianze in interventi di promozione della salute	S.S. Epidemiologia	30.06.2016
2. Percorso di aggiornamento sui dati Passi e prove di efficacia rivolto ai MMG della ASL sui corretti stili di vita della popolazione giovane-adulta per la prevenzione delle MCNT		31.12.2016
3. Percorso formativo sul counselling motivazionale breve rivolto ai MMG della ASL		31.12.2016
IMPATTO ATTESO		
Vantaggi per l'azienda	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ottenimento di una cultura condivisa in un sistema di rete con partecipazione e cambiamento dell'approccio dei MMG ▪ Messaggi di salute e programmi condivisi ▪ Costruzione di competenze: Counseling. La letteratura dimostra l'efficacia del Counseling rispetto all'adozione di corretti stili di vita nonché al rinforzo motivazionale e supporto emotivo a utenti e familiari. 	
Vantaggi per l'utente finale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Potenziamento della prevenzione delle MCNT nella popolazione giovane adulta ▪ Ottenimento di strumenti per l'avvio di processi di empowerment ▪ Contrasto alle disuguaglianze 	

Indicatori	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporzione di fumatori che hanno ricevuto dal MMG il consiglio di smettere (ATTESO regionale al 2018: 66%) ▪ Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto dal MMG il consiglio di perdere peso (ATTESO regionale al 2018: 72%) ▪ Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto dal MMG il consiglio di ridurre il consumo (ATTESO regionale al 2018: 13%)
Consumo di risorse	<ul style="list-style-type: none"> - Progetto realizzabile limitatamente alla garanzia di continuità nella disponibilità delle risorse umane attualmente identificate: - 1 operatore sanitario (dirigente medico), 1/3 tempo lavoro - 1 analista (operatore amministrativo), 1/3 tempo lavoro - Sottogruppo aziendale "Sili di vita" dedicato alla formazione sul "Counseling motivazionale breve", disponibilità di psicologi per la progettazione e per la formazione
Documenti di riferimento/Allegati	<ul style="list-style-type: none"> - PNP 2014-2018 – CSR 156, 13.11.2014 - PRP 2015-2018 – DGR n.25-1513, 03.06.2015 - PLP ASL VC 2015 – Delibera DG n. 618, 30.07.2015 - Programma nazionale Guadagnare Salute - DPCM del 4 maggio 2007 - Sorveglianza PASSI (Protocollo 09.01.2007) – Delibera DG n. 82, 28.01.2015 - "La Sorveglianza Passi a sostegno del Programma Guadagnare salute". Rapporto locale 2009-2012 della ASL di Vercelli. <i>Epi/ASL VC/3/2014</i> - Poster "Operatori sanitari e promozione di stili di vita salutari: individuare ed affrontare le informazioni della sorveglianza PASSI" - III Edizione manifestazione nazionale Guadagnare salute - <i>Orvieto 22-23 ottobre 2014.</i>
U.O. aziendali coinvolte	Dipartimento di Prevenzione - S.S. Epidemiologia – S.S.D. UVOS - S.C. Psicologia – Distretti – MMG – Specialisti delle Strutture di prevenzione, diagnosi e cura delle MCNT prevenibili – Sottogruppo aziendale "Sili di vita" dedicato alla formazione sul "counseling motivazionale breve"
Attori esterni	Coordinamento regionale Passi

1 - MACROPROGETTO PREVENZIONE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI

Responsabile di macroprogetto	Dott.ssa Antonella Barale S.S. Epidemiologia antonella.barale@aslvc.piemonte.it
--------------------------------------	--

Progetto n°: 1.4 Screening Oncologici

Sottolivello assistenziale:	Prevenzione – Attività di prevenzione rivolta alle persone (inclusi screening)
------------------------------------	---

Project leader	Dr.ssa Fiorella Germinetti S.S.D. UVOS fiorella.germinetti@aslvc.piemonte.it
-----------------------	--

Corresponsabili	Dott.ssa Giuseppina Lo Brutto (S.S.D. UVOS), Dr. Benedetto Francese (S.S.D. UVOS), Dott.ssa Antonella Barale (S.S.D. UVOS)
------------------------	--

OBIETTIVO GENERALE

Copertura della popolazione bersaglio dei tre programmi di screening oncologici "Prevenzione Serena", inseriti nei LEA, nel Dipartimento Interaziendale di Prevenzione Secondaria dei Tumori n. 5, formato dalle Aziende Sanitarie di Vercelli e Biella, con particolare attenzione all'incremento dei livelli di adesione agli screening mammografico, cervico-vaginale e colo-rettale al fine di raggiungere i valori attesi.

Razionale

Per gli screening per i carcinomi della mammella, della cervice uterina e del colon retto vi sono prove scientifiche di efficacia rispetto alla diminuzione della mortalità causa-specifica. Essi fanno parte dei LEA. La Commissione Europea ha raccomandato la realizzazione di programmi organizzati di screening dotati di procedure di verifica e assicurazione di qualità negli Stati membri a favore di tutta la popolazione bersaglio.

In Piemonte la DGR n. 111-3632 del 02/08/2006 ha riorganizzato il programma di screening oncologico Prevenzione Serena e ha definito indicatori di processo e di qualità. Inoltre ha disposto che le Aziende Sanitarie costituiscano i Dipartimenti Interaziendali di Diagnosi Precoce (DIDP), nove nell'intera Regione, affidando loro la responsabilità della conduzione dei programmi di screening dei tumori. Lo scopo è quello di raggiungere, tramite le modalità di invito attivo, tutta la popolazione e di mantenere il pieno regime di invito nel tempo in modo da offrire a tutta la popolazione la possibilità di sottoporsi ad esami di prevenzione oncologica.

Nell'allegato A della DGR. n. 111-3632 del 02/08/2006 l'ASL VC confluisce unitamente con l'ASL BI nel Dipartimento n. 5.

In ogni Dipartimento è prevista una Unità di Valutazione e Organizzazione Screening (UVOS) con il compito di gestire l'organizzazione dell'attività e di monitorare gli indicatori regionali di qualità.

Il rinnovo triennale della convenzione tra L'ASL "BI" e l'ASL "VC" per il Dipartimento n. 5 è stato stipulato con la Delibera n. 373 del 27/04/2015 che prevede la sede del Dipartimento a Biella e la sede dell'UVOS a Vercelli.

Il raggiungimento di livelli di copertura da inviti e livelli di copertura da adesioni per i tre screening è obiettivo per i Direttori Generali per l'anno 2015 (obiettivo n. 7: Prevenzione).

La valorizzazione dell'obiettivo riguarda tutti i Direttori Generali delle aziende che fanno parte di ogni Cluster.

Si riportano di seguito i valori dell'obiettivo previsti:

	ATTESO	MINIMO
Copertura screening mammografico	75%	67,50%
Adesione screening mammografico	47%	42,30%
Copertura screening cervico-vaginale	75%	67,50%
Adesione screening cervico-vaginale	51%	45,90%
Copertura screening colo-rettale	82%	73,80%
Adesione screening colo-rettale	32%	28,80%

Si segnala le criticità per il raggiungimento dei livelli di adesione per lo screening cervicovaginale e coloretale.

Nel 1° caso la scarsa adesione presente storicamente in questo territorio sembra dovuta alla propensione delle donne a rivolgersi al proprio ginecologo che spesso esegue anche il pap-test con cadenza annuale percepito maggiormente "preventivo".

Nel 2° caso lo screening coloretale ed in particolare l'esame di sigmoidoscopia viene percepito come esame troppo invasivo.

Si sottolinea che per l'ASL di Biella l'adesione allo screening mammografico rappresenta criticità in quanto la chiusura del mezzo mobile che operava presso il Distretto di Cossato senza la contemporanea apertura, nella sua sede fissa, di un mammografo digitale come era stato comunicato nell'anno 2014, comporta un minor numero di inviti programmati e di conseguenza una mancata adesione.

AZIONI	Resp.	Scadenza
1. Introduzione graduale del Test HPV-DNA come test primario di screening, in ottemperanza alla DGR 21-5705 del 23 aprile 2013, con raggiungimento del 30% degli inviti delle donne 30-64enni entro il 2015 con incremento graduale negli anni successivi	SSD UVOS	31/12/2015
2. Riorganizzazione delle aperture degli ambulatori di I livello.	SSD UVOS	01/10/2015
3. Organizzazione di incontri con gli specialisti ginecologi dipendenti e ambulatoriali ("ex sumaiisti") per sensibilizzarli sulla rilevanza degli screening, sulla loro periodicità e sulla informazione alle loro pazienti	SSD UVOS	30/06/2016
4. Ulteriore offerta formativa ai MMG sulla rilevanza dello screening e sulla riconversione	SSD UVOS	31/12/2016

5. Analisi preliminare sull'introduzione di elementi dissuasivi ad un utilizzo inappropriato degli esami di screening oncologico (es. valutare la possibilità di pagamento completo dei pap-test effettuati senza rispettare le tempistiche dello screening)	SSD UVOS	30/06/2016
6. Stesura di un protocollo condiviso che preveda che ogni pap-test eseguito in ambito pubblico, se la donna è eleggibile, venga convogliato nello screening cervicovaginale	Responsabile SSd UVOS, Direttori Distretto, Direttori SC Ginecologia, Direttore SC Anatomia Patologica	30/06/2016
7. Valutazione di fattibilità di definizione di un procedimento, che preveda da parte dei medici di medicina generale, la sensibilizzazione alla partecipazione delle proprie assistite che si avvicinano per la prima volta ("neonate") allo screening cervico-vaginale, con ritorno dell'informazione sull'eventuale adesione a quello spontaneo.	SSD UVOS	30/12/2016
IMPATTO ATTESO		
Vantaggi per l'azienda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raggiungimento delle percentuali previste per gli indicatori di inviti e di adesioni 2. Monitoraggio del raggiungimento del 30% della popolazione delle donne 30-64 anni raggiunto dall'invito a sottoporsi al test HPV-DNA come previsto dalla DGR 21-5705 del 23 aprile 2013 3. Riduzione degli accessi inappropriati agli esami del pap-test extra screening 4. Riduzione degli accessi inappropriati agli esami degli screening attraverso la riconversione. 	
Vantaggi per l'utente finale	Piena applicazione degli screening con efficacia rispetto alla diminuzione della mortalità causa-specifica.	
Consumo di risorse	Previsto incremento di risorse proporzionale all'aumento delle coperture	
Indicatori	Copertura da inviti e adesioni per i 3 screening oncologici come da standard regionali	
Documenti di riferimento/Allegati	D.G.R. n. 67-47036 del 16.06.95 (CPO); DGR 111-3632 del 02/08/2006; DGR 21-5705 del 23 aprile 2013; Delibera n. 373 del 27/04/2015 (Dipartimento); Delibera n. 382 del 28/04/2015 (Rinnovo convenzione con Fondo Tempia); Delibera n. 387 del 29/04/2015 (Rinnovo convenzione con Società IM3D per Progetto Proteus).	
U.O. aziendali coinvolte	Strutture specialistiche di SC Radiologia, SC Chirurgia, SC Ginecologia, SC Gastroenterologia, SC Anatomia Patologica, Distretto, Consultorio Familiare, CAS e i MMG.	
Attori esterni	ASL BI, CPO Piemonte, CSI Piemonte, Fondazione Edo ed Elvo Tempia, IM3D per progetto "Proteus Mammografico", Farmacie Territoriali	

1 - MACROPROGETTO PREVENZIONE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI

Responsabile di macroprogetto	Dott.ssa Antonella Barale S.S. Epidemiologia antonella.barale@aslvc.piemonte.it	
Progetto n°: 1.5 Piano di Comunicazione sulle attività di prevenzione - "Dalla comunicazione alla condivisione"		
Sottolivello assistenziale:	Prevenzione – Attività di prevenzione rivolta alle persone (inclusi screening)	
Project leader	Dott.ssa Antonella Barale S.S. Epidemiologia antonella.barale@aslvc.piemonte.it	
Corresponsabili	<p>- Organismo di governance del PLP: dr.ssa Fiorella Germinetti (Coordinatore PLP-Coordinatore Programmi "Screening di popolazione" e "Governance"), dr.ssa Raffaella Scaccioni (Coordinatore Programmi "Guadagnare Salute Piemonte-Scuole che promuovono salute-Comunità e ambienti di vita-Comunità e ambienti di lavoro-Promozione della salute e prevenzione nel setting sanitario), dr.ssa Laura Fianza (Coordinatore Programma "Lavoro e salute"), dr. Gabriele Bagnasco (Coordinatore Programma Ambiente e salute"), dr.ssa Virginia Silano (Coordinatore Programma "Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili"), dr. Silvio Borrè (Coordinatore Programma "Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili"), dr.ssa Luisa M. Olmo (Direttore Dipartimento Prevenzione- Coordinatore Programmi "Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare" e "Governance"), dr.ssa Antonella Barale (Coordinatore Programma "Governance, organizzazione e monitoraggio del PLP")</p> <p>- dr.ssa Claudia Taliano (Referente aziendale Settore comunicazione)</p>	
OBIETTIVO GENERALE		
Promozione della cultura della prevenzione e aumento della consapevolezza delle funzioni e potenzialità del Piano Locale della Prevenzione tra gli operatori sanitari, i decisori, gli stakeholder e la cittadinanza		
Razionale		
<p>Il Piano Regionale di Prevenzione 2015-2018 (PRP), approvato con DGR n. 25 – 1513 del 3 giugno 2015, si sviluppa in coerenza con gli obiettivi e le strategie del Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 e ricerca la continuità con le strategie organizzative già declinate nel PRP 2010-2012 e le sue proroghe.</p> <p>Il PRP si fonda sui principi che caratterizzano l'azione della sanità pubblica: la centralità della salute, l'equità sociale, il coinvolgimento degli enti locali, la comunicazione e l'ascolto, l'integrazione tra tutti i servizi del sistema socio-sanitario, l'efficacia e l'appropriatezza, la sostenibilità degli interventi, la responsabilizzazione e partecipazione di tutti gli operatori.</p> <p>Il PRP è declinato a livello locale in un Piano Locale della Prevenzione (PLP) che recepisce i principi su cui si fonda il PRP.</p> <p>Uno dei principi per quali è necessario realizzare interventi strutturati è quello della "Comunicazione delle azioni programmate" sia interna, rivolta al livello sanitario e ai decisori, sia esterna, rivolta ai decisori, agli stakeholder e alla cittadinanza.</p>		
AZIONI		
	Resp.	Scadenza
1. Definizione, con il Settore aziendale Comunicazione, delle modalità per la periodica diffusione a mezzo stampa e sito aziendale delle informazioni sulla realizzazione di Progetti e Attività. L'"Organismo di Governance" del PLP fa da collettore per la condivisione degli interventi di comunicazione su attività di prevenzione proposti dalle diverse Strutture aziendali	Dr.ssa Luisa M. Olmo - Dr.ssa Fiorella Germinetti	31.03.2016
2. Realizzazione di un evento formativo rivolto agli operatori sanitari della ASL con l'obiettivo di sviluppare e consolidare strategie trasversali e partecipative	Dr.ssa Fiorella Germinetti - Dr.ssa Antonella Barale	30.06.2016
3. Realizzazione di un evento di sensibilizzazione rivolto ai MMG della ASL sui Progetti di prevenzione che li vedono coinvolti	Dr.ssa Antonella Barale – Dr.ssa Fiorella Germinetti – Dr.ssa Raffaella Scaccioni	30.06.2016
4. Sviluppo da parte di ogni "Coordinatore di programma" del PLP di azioni comunicative rivolte ai decisori e agli stakeholder (Enti, Associazioni di categoria, Associazioni di volontariato, ecc.) nel proprio ambito di competenza.	Coordinatori dei Programmi PLP	31.12.2016
5. Realizzazione di un evento informativo sulle attività di prevenzione "Giornata della prevenzione" rivolto alla cittadinanza	Dr. Gabriele Bagnasco	30.06.2016
6. Si rimanda agli eventi formativi programmati nei Progetti: 1.1 Guadagnare salute setting Scuola - "Educare alla salute: tutti per uno, uno per tutti" 1.3 Sorveglianze di popolazione - "Un buon Consiglio per la salute" 1.4 Screening Oncologici - "Questa grande opportunità"	Project leader dei Progetti 1.1 – 1.3 – 1.4	31.12.2016
IMPATTO ATTESO		
Vantaggi per l'azienda	Acquisizione da parte degli operatori sanitari di consapevolezza del ruolo e della funzione della prevenzione con concorso alla realizzazione di interventi di prevenzione condivisi	
Vantaggi per l'utente finale	Miglioramento della comunicazione e della collaborazione interistituzionale relativa agli obiettivi di Piano e promozione della partecipazione sociale, alle decisioni e alle politiche per la salute	
Consumo di risorse	Necessaria acquisizione di un Operatore amministrativo Materiale divulgativo	
Indicatori	Realizzazione eventi formativi e percorsi di comunicazione (Indicatore qualitativo SI/NO)	

Documenti di riferimento/Allegati	<ul style="list-style-type: none"> - PNP 2014-2018 – CSR 156, 13.11.2014 - PRP 2015-2018 – DGR n.25-1513, 03.06.2015 - PLP ASL VC 2015 – Delibera DG n. 618, 30.07.2015 - DD 751 del 19.11.2015 "Piani della Prevenzione e della Sicurezza alimentare nell'organizzazione delle Aziende sanitarie piemontesi" - Nota prot 54634 del 02.12.15 "Piani della Prevenzione e della Sicurezza alimentare nell'organizzazione delle Aziende sanitarie piemontesi-trasmissione nominativi"
U.O. aziendali coinvolte	Tutte le Strutture sanitarie aziendali
Attori esterni	Stakeholder: Istituzioni (Ufficio Scolastico Regionale/Provinciale, Comuni della ASL, ecc.), Enti, Associazioni di categoria e volontariato

2 - MACROPROGETTO RETE AMBULATORIALE

Responsabile di macroprogetto	Dr.sa Francesca Gallone Direttore del Distretto di Vercelli francesca.gallone@aslvc.piemonte.it	
Progetto n°: 2.1 Riorganizzazione delle sedi ambulatoriali specialistiche e consultoriali		
Sottolivello assistenziale:	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza specialistica (laboratorio, diagnostica per immagini, attività clinica) • Assistenza territoriale di base (consultori) 	
Project Leader (Responsabile):	Dr.sa Francesca Gallone Direttore del Distretto di Vercelli francesca.gallone@aslvc.piemonte.it	
Corresponsabili:	Cristina Pagliolico (SC Reumatologia e Riabilitazione funzionale), Maddalena Manzoni (medico specialista convenzionato), Alessandra Turchetti (SSD Attività consultoriali), M. Rosa Sicuranza (Distretto Vercelli), Margy Barbieri (Direzione Medica Borgosesia), Daniela Lozioni (CPSE Day Surgery e Oculistica Vercelli), Vittorio Petrino (SC SerD). A questi si aggiungono i responsabili di ogni singola area specialistica per i PDTA	
<p>OBIETTIVI GENERALI</p> <p>1) Incrementare l'efficienza della rete di erogazione delle prestazioni ambulatoriali erogate nelle sedi centrali e periferiche* del territorio aziendale e riguardanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'assistenza specialistica ambulatoriale ▪ l'attività dei consultori ▪ i punti prelievo e le prestazioni infermieristiche ▪ l'attività del SER.D. di Vercelli ▪ la guardia turistica. <p>In particolare, viene proposta una razionalizzazione delle attuali attività e sedi di erogazione in grado di soddisfare il fabbisogno sanitario dei residenti garantendo la sostenibilità del sistema.</p> <p><i>*sono considerate periferiche tutte le sedi ambulatoriali non erogate presso: Piastra Ambulatoriale di Vercelli, Ospedale di Vercelli, Ospedale di Borgosesia, Presidio Sanitario Polifunzionale di Santhià, Presidio Sanitario Polifunzionale di Gattinara, Casa della Salute di Varallo. Queste ultime vengono classificate come "sedi centrali" in virtù delle dimensioni e delle caratteristiche della struttura e della concentrazione di tecnologie e risorse umane che rendono potenzialmente possibile offrire una pluralità di prestazioni mantenendo una congrua economia di scala.</i></p> <p>2) Soddisfare gli standard previsti per i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali specialistiche che presentano particolare criticità individuate dalla Regione Piemonte con DGR 12-2021/2015, SUB-Obiettivo 2.1. Miglioramento dei tempi di attesa.</p> <p>3) Governare la domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali focalizzandosi su interventi a salvaguardia dell'appropriatezza prescrittiva.</p>		
<p>Razionale</p> <p>Attualmente sono attive 22 sedi periferiche di erogazione su un territorio, in parte montano, di circa 2.000 Km² in cui vivono 173.309 residenti (BDDE al 31.12.2014). Di queste, 11 sedi sono situate nel (ex) Distretto di Vercelli e 11 sedi nel (ex) Distretto della Valsesia (Fig. 1).</p> <p>Sono inoltre presenti come sedi centrali: 1) la Piastra Ambulatoriale di Vercelli e gli ambulatori di reparto presenti nell'Ospedale di Vercelli; 2) gli ambulatori presenti nell'Ospedale di Borgosesia; 3) il Presidio Sanitario Polifunzionale di Santhià; 4) il Presidio Sanitario Polifunzionale di Gattinara; 5) la Casa della Salute di Varallo (NOTA: la DGR 26-1653/2015 lo cita esplicitamente come "Ospedale di Comunità" per cui saranno definite le caratteristiche funzionali e strutturali con apposito provvedimento da emanarsi entro il 2016).</p> <p>Nel 2013 la sola gestione delle sedi periferiche presentava dei costi complessivi (personale dipendente e convenzionato, costi diretti, costi di trasporto, ecc.) stimati in € 1.392.503,39 a fronte di un valore della produzione complessivamente attribuibile in € 580.765,85 (ALL. 2.1.1 Sintesi dei costi e del valore della produzione stimato). A fronte dei dati di dettaglio delle attività e dei costi allora disponibili (Anno 2013, ALL. 2.1.2A e ALL. 2.1.2A) era stata effettuata una valutazione sulla possibilità di migliorare l'efficienza dell'attuale rete ambulatoriale (vd. ALL. 2.1.3 TABELLA SINTESE decisioni strategiche sett. 2013).</p> <p>Con la proposta di riorganizzazione sopra citata, risalente al 2013, è possibile ipotizzare un recupero di efficienza complessivamente modesto sia sui costi diretti (€ 5.650 circa di personale aziendale + € 8.300 circa di personale medico specialista convenzionato), che sulla possibilità di concentrare le risorse umane in setting alternativi (18.400 € circa). Tale recupero di efficienza, derivante dalla chiusura di 9 sedi, verrebbe in parte incrementato dalla rimodulazione delle attività che era stata prevista per ulteriori n. 9 sedi. Viene proposto di riesaminare la precedente proposta alla luce del contesto attuale, includendo inoltre anche la riorganizzazione dell'attività ambulatoriale erogata presso le sedi centrali in coerenza con quanto definito nell'ambito del progetto di riorganizzazione della rete ospedaliera ex DGR 1-600/2014 e s.m.i..</p> <p>Relativamente alle 12 sedi di Consultorio[§] attualmente attive (ALL. 2.1.4) viene proposto di effettuare una rivalutazione delle attività erogate sia in termini di sedi di erogazione che miglioramento e uniformità dei percorsi/protocolli operativi nell'ambito del Dipartimento Materno Infantile in modo integrato con la funzione ospedaliera, anche al fine di un potenziale impatto sulla mobilità passiva rilevata per i parti (ALL. 2.1.5 Slide parti finale).</p> <p>[§]Sedi di Consultorio attive al 31.8.2015: Distretto della Valsesia (Ospedale Borgosesia, PSP Gattinara, Coggiola, Grignasco, Roasio, Romagnano, Scopello, Serravalle Sesia, Varallo); Distretto di Vercelli (Piastra Ambulatoriale, PSP Santhià, Cigliano).</p>		
ASL VC	PAT 2016 (DIS.PRG.1850.00).doc	28/67
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

Relativamente all'attività ambulatoriale erogata dal SER.D. di Vercelli viene proposto il trasloco delle attività presso struttura aziendale idonea attualmente in corso di valutazione.

La valutazione delle attività erogate nelle sedi di (ex) Guardia Medica sono trattate nell'ambito del progetto n. 2.3 Centrale Operativa della Continuità Assistenziale.

Da ultimo, è prevista un'analisi dell'attività ambulatoriale erogata dalla Guardia Turistica in relazione alle variazioni stagionali dell'afflusso, allo scopo di individuare e proporre eventuali variazioni dell'attività. Anche in questo caso le proposte sono trattate nell'ambito del progetto n. 2.3 Centrale Operativa della Continuità Assistenziale.

Per quanto concerne **i tempi di attesa**, ad una simulazione di rilevazione secondo il modello del "Mystery Client" effettuata in data 8.10.2015 è stata rilevata una percentuale di prenotazioni con disponibilità entro il tempo massimo di attesa individuato rispetto al n° totale di tentativi di prenotazione pari al 70% (14/20, atteso >=90%) (vd. ALL. 2.1.9). Il governo dei tempi di attesa, peraltro, procede congiuntamente con le azioni previste per migliorare l'appropriatezza prescrittiva.

Ad integrazione degli aspetti di efficientamento delle sedi, infatti, continua ad essere presidiata anche l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni proseguendo le attività di miglioramento descritte nel documento aziendale **"PROGRAMMA OPERATIVO 2014-2015. Attività Specialistica Ambulatoriale - Aggiornamento Agosto 2014"**, a cui si rimanda. Tale programma operativo è finalizzato a ricondurre le prestazioni ambulatoriali erogate ai propri residenti entro un valore numerico procapite compatibile con lo standard nazionale, focalizzandosi su interventi a salvaguardia dell'appropriatezza anziché verso un razionamento lineare dell'offerta.

Concludendo, la riorganizzazione delle attività ambulatoriali verrà effettuata con l'intento di raggruppare le attuali disponibilità di agenda per le diverse prestazioni all'interno di un numero sostenibile di punti di erogazione, economizzando sul chilometraggio di spostamento degli specialisti a vantaggio di una maggiore disponibilità finanziaria da destinare al tempo-visita. Inoltre la concentrazione in un numero inferiore di punti di erogazione consentirebbe di ottenere economie di scala che riguardano:

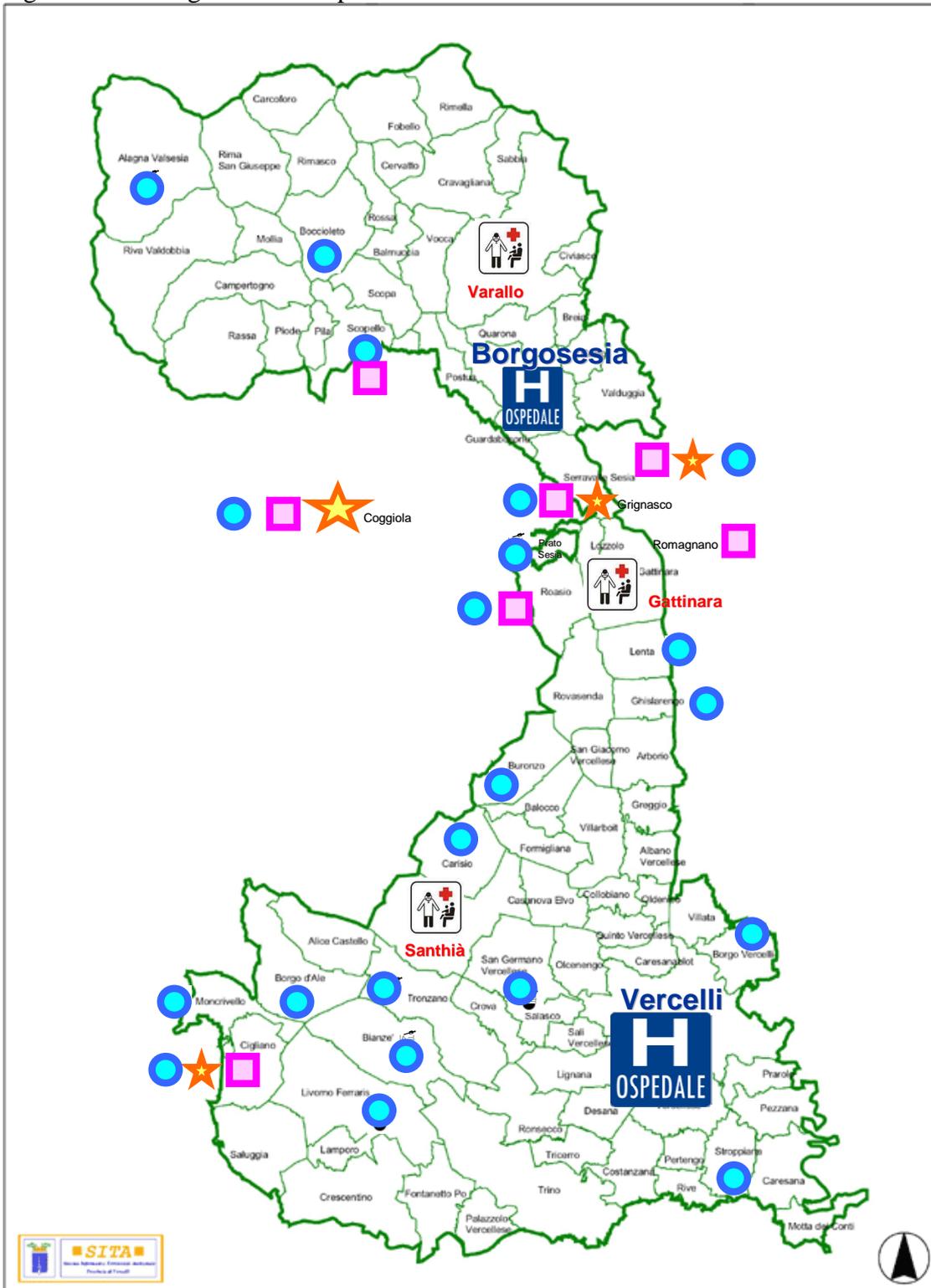
- la gestione del personale sanitario e amministrativo;
- la gestione dei costi diretti (energia elettrica, riscaldamento, acqua, rifiuti, ecc.);
- la possibilità di semplificare i percorsi all'interno di un numero inferiore di punti di erogazione che, comunque, presenteranno una dislocazione sul territorio uniforme e congruente rispetto al bacino d'utenza;
- la possibilità di gestire in modo più efficiente le disponibilità in agenda e, di conseguenza, governare al meglio i tempi di attesa.

AZIONI	Resp.	Scadenza	
PUNTI DI EROGAZIONE			
1. Rivalutare le azioni organizzative di chiusura/rimodulazione delle sedi di erogazione indicate in "ALL. 2.1.3 - TABELLA SINTESI decisioni strategiche sett.2013 rev. 5", anche alla luce della riorganizzazione della rete ospedaliera e della riorganizzazione delle sedi vaccinali attuata dal Dipartimento di Prevenzione, e predisporre una proposta operativa. Nello specifico: <ul style="list-style-type: none"> ▪ aggiornare l'analisi dei costi e della produzione per le sedi periferiche e produrre un report sintetico aggiornato al I sem 2015 in cui risultino dettagliati i costi del personale per avere evidenza degli ordini di grandezza (aggiornamento dell'ALL. 2.1.1 Sintesi costi e valore produzione 2013.xls) ▪ esplicitare i criteri di riorganizzazione e relativi punteggi dei punti di erogazione ed applicarli sull'attuale organizzazione 	Project Leader con la collaborazione delle funzioni competenti/di supporto	20.11.2015	✓
2. Condivisione dei criteri di riorganizzazione con gli stakeholder (Comuni partecipanti al Tavolo di Lavoro e Conferenza Aziendale di partecipazione) e del modello di erogazione per "sedi a specializzazione crescente" (ALL 2.1.8 Criteri riorg e Nuove sedi standard)	Direzione Generale	15.12.2015	✓
3. Analizzare l'attività delle sedi di Guardia Turistica sulla base dell'afflusso stagionale registrato e predisporre una proposta di riorganizzazione	Direttore Distretto Valsesia	31.12.2015	
4. Stesura del programma di trasferimento delle attività e trasloco del SER.D. di Vercelli presso altra struttura aziendale idonea	Direttore del SER.D.	Entro il 31.12.2015	
5. Perfezionamento dell'analisi (sedi periferiche e centrali) e valutazione della compatibilità delle proposte di riorganizzazione	Direzione Generale/ Direttori Distretto con la collaborazione delle funzioni competenti/di supporto	31.03.2016	
6. Predisporre una proposta operativa di razionalizzazione delle attività e delle sedi Consultoriali coerente con la proposta di cui al punto precedente, anche alla luce della riorganizzazione della rete ospedaliera e della riorganizzazione delle sedi vaccinali attuata dal Dipartimento di Prevenzione (VALUTARE UNIFORMITA' DI PERCORSI, INTEGRAZIONE CON L'OSPEDALE, INFORMAZIONI-UTENZA)	Project Leader con la collaborazione delle funzioni competenti/di supporto	31.03.2016	
7. Attuare le proposte operative di riorganizzazione	Direttore Distretto/Direzione Medica/Dir. Dipartimento	31.12.2016	

LISTE DI ATTESA		Resp.	Scadenza	
8. Analisi delle liste di attesa per le prestazioni indice indicate nella DGR 12-2021/2005 (SUB-Obiettivo 2.1 Miglioramento dei tempi di attesa), anche sulla base di una simulazione dei metodi di indagine che verranno utilizzati dalla Regione: predisposizione report di dettaglio con evidenza delle criticità emerse		Direttori Distretto con la collaborazione delle funzioni competenti/di supporto	30.9.2015	✓
9. Attuazione degli eventuali interventi correttivi immediatamente applicabili		Direttori Distretto con la collaborazione delle funzioni competenti/di supporto	31.10.2015	✓
10. Razionalizzazione ed ottimizzazione dell'offerta, definendo, negli accordi contrattuali con le strutture private accreditate del territorio, la quantità/tipologia di prestazioni necessarie a soddisfare i bisogni di salute dei cittadini residenti		Direttori Distretto con la collaborazione delle funzioni competenti/di supporto	31.10.2015	✓
11. Proseguimento del monitoraggio in itinere dei tempi di attesa (simulazione dell'indagine utilizzata dalla Regione) con predisposizione del report di dettaglio		Project Leader con la collaborazione di L. Rugolo	30.11.2015	✓
12. Stesura di una proposta di riorganizzazione delle attività, coerente anche con quanto previsto nel progetto sui punti di erogazione precedentemente descritto, al fine di assicurare il governo della domanda e le prestazioni individuate entro gli standard attesi		Direttori Distretto con la collaborazione delle funzioni competenti/di supporto	31.12.2015	
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA		Resp.	Scadenza	
13. Monitoraggio degli specifici obiettivi di budget attribuiti al personale convenzionato e dipendente tesi alla progressiva riconduzione del numero di prestazioni procapite entro i valori e i tempi indicati dalla DGR 15-7486 (analisi di laboratorio, radiodiagnostica, prestazioni di recupero e riabilitazione funzionale)		Per gli accertamenti di laboratorio: Direttore SC Laboratorio Analisi Per il Personale convenzionato: SC Programmazione e controllo di gestione	30.9.2015	✓
14. Promozione della cultura dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso interventi di formazione e di ridefinizione dei profili prescrittivi sulla base delle prove di efficacia		Per gli accertamenti di laboratorio: Direttore SC Laboratorio Analisi Per gli accertamenti di Radiodiagnostica: Direttore SC Radiodiagnostica	31.12.2015	✓
15. Monitoraggio aziendale degli obiettivi di cui al punto 13		SC Programmazione e controllo gestione	Come da periodicità prevista	✓
16. Implementazione delle tecnologie di supporto ai professionisti all'atto della prescrizione degli accertamenti di laboratorio, quali gli applicativi informatici in grado di allertare il professionista in presenza di una prescrizione a rischio di inappropriata e di fornire una dettagliata reportistica automatica delle prescrizioni inappropriate.		Direttore SC Laboratorio Analisi con la collaborazione delle funzioni competenti/di supporto	31.12.2015	
17. Aggiornamento del Piano Operativo Aziendale Attività Specialistica Ambulatoriale 2014-2015 sulla base dei risultati osservati		Direttore Distretto di Vercelli con la collaborazione delle funzioni competenti/di supporto	28.2.2016	
18. Perfezionamento del sistema di monitoraggio del numero di prestazioni ambulatoriali procapite erogate per le diverse tipologie di prestazioni oggetto di attenzione (eventualmente con reportistica stratificata anche per singolo prescrittore convenzionato e per struttura)		Direttore Distretto di Vercelli con la collaborazione delle funzioni competenti/di supporto	31.12.2016	
IMPATTO ATTESO				
Vantaggi per l'azienda	Incremento dell'efficienza della rete ambulatoriale attraverso una razionalizzazione delle risorse umane, strutturali e tecnologiche basata sulla centralizzazione delle attività e sulla realizzazione di economie di scala con mantenimento/miglioramento degli standard professionali offerti.			
Consumo di risorse	<p>PUNTI DI EROGAZIONE Non previsti incrementi di consumi nei punti di erogazione. Previsto un utilizzo più efficiente delle risorse. Considerate tutte le professionalità coinvolte, vengono stimate ca. 35-45 giornate/uomo per la finalizzazione della riorganizzazione (5 persone per la riorganizzazione delle sedi consultoriali x 2 giornate di lavoro; 7 persone la riorganizzazione delle sedi ambulatoriali periferiche x 3 giornate di lavoro; 4 persone per la riorganizzazione delle sedi ambulatoriali centrali x 3 giornate di lavoro: TOT = 43 giornate/uomo).</p> <p>LISTE DI ATTESA Non previsti incrementi di consumi legati alle prestazioni. Stimati 3 giorni/uomo per la simulazione secondo metodo "Mystery Client", oltre alle attività necessarie per apportare i correttivi individuati.</p>			

	<p>APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA Non previsti incrementi di consumi legati alle prestazioni. Tempo/persona per l'attuazione del monitoraggio e degli interventi formativi: stimati 15 giorni/uomo (varie professionalità: radiologo, medico di laboratorio, qualità, informatico) Modulo informatico "Dnlab Prometeo appropriatezza" per l'aggiornamento dei profili degli accertamenti di Laboratorio Analisi (stima di ca. 25.000€/anno per due anni, 2015 e 2016)</p>
Vantaggi per l'utente	<p>PUNTI DI EROGAZIONE Possibilità di accesso a sedi ambulatoriali riorganizzate in modo da erogare un'offerta di servizi proporzionata ai bisogni del bacino d'utenza e sostenibile economicamente.</p> <p>LISTE DI ATTESA Ottimizzazione della gestione dei tempi di attesa con priorità per quelle individuate a livello regionale (DGR 12-2021/2015). Le prestazioni individuate sono, per le visite specialistiche: <ul style="list-style-type: none"> ▪ cardiologia; gastroenterologia; urologia; oculistica; ortopedia; oncologia e per la diagnostica strumentale: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ecografia dell'addome (sup., inf., completo); colonscopia; esofagogastroduodenoscopia; eco TSA; ecocardiografia; elettromiografia; RMN; TC. </p> <p>APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA Accesso a prestazioni appropriate (riduzione dei fenomeni di sovrautilizzo/sottoutilizzo di prestazioni)</p>
Indicatore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % sedi di erogazione di attività specialistica riorganizzate sulla base dei criteri di riorganizzazione condivisi (atteso >=90%) ▪ % prestazioni appropriate tra quelle soggette a valutazione nell'ultimo monitoraggio effettuato nel 2015 (atteso >=85%) ▪ % prestazioni erogate entro i tempi di attesa tra quelle sottoposte a monitoraggio ex DGR 12-2021/2015 (atteso >90%)
Documenti di riferimento/Allegati	<p>DOCUMENTI AGLI ATTI PRESSO L'ARCHIVIO DI PROGETTO A CURA DEL PROJECT LEADER:</p> <p>RIORGANIZZAZIONE DEI PUNTI DI EROGAZIONE <u>Costi e produzione sedi ambulatoriali – SINTESI</u>: ALL 2.1.1 Sintesi costi e valore produzione 2013.xls <u>Costi e produzione sedi ambulatoriali Distretto Vercelli</u>: ALL 2.1.2A - 2013_12M_VERCELLI.XLS e Fonte dati 1° sem. 2015 - VERCELLI <u>Costi e produzione sedi amb. Distretto Valsesia</u>: ALL 2.1.2B - 2013_12M_VALSESIA.XLS e Fonte dati 1° sem 2015 - VALSESIA.xls <u>Proposta revisione rete ambulatoriale, prima fase</u>: ALL. 2.1.3 - TABELLA SINTESI decisioni strategiche sett.2013 rev. 5.doc <u>Sedi e attività di Consultorio</u>: ALL 2.1.4 Sedi Consultorio.xls <u>Mobilità passiva rilevata per i parti</u>: ALL. 2.1.5 Slide parti finale <u>Costi e produzione sedi ambulatoriali – SINTESI I sem 2015</u>: ALL 2.1.6 - Sintesi costi e valore produzione I sem 2015 <u>Costi e produzione sedi ambulatoriali Distretto Vercelli I sem 2015</u>: ALL 2.1.7A - Fonte dati 1° sem. 2015 – VERCELLI <u>Costi e produzione sedi amb. Distretto Valsesia I sem 2015</u>: ALL 2.1.7B - Fonte dati 1° sem 2015 – VALSESIA <u>Criteri di riorganizzazione e modello di sedi di erogazione delle prestazioni specialistiche</u>: ALL 2.1.8 Criteri riorg e Nuove sedi standard</p> <p>LISTE DI ATTESA <u>Simulazione in data 8.10.2015 con "Mystery Client"</u>: ALL. 2.1.9 - Tempi attesa <u>Verbale di verifica regionale sui tempi di attesa (23.11.2015)</u>: nota prot. 52850/2015</p> <p>APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA <u>Piano Operativo Aziendale Attività Specialistica Ambulatoriale 2014-2015</u>: ALL. 2.1.10 2014 n. 756 P.O. 2014_2015 Attività Spec Amb AGG</p>
Unità operative aziendali che saranno coinvolte	<p>RIORGANIZZAZIONE DEI PUNTI DI EROGAZIONE In collaborazione con il Gruppo di Progetto "Riordino della Rete ospedaliera" (D.D.G. n. 582 del 20.07.2015) ed eventuali altre strutture coinvolte nell'erogazione delle prestazioni in oggetto.</p> <p>LISTE DI ATTESA Distretti; eventuali strutture aziendali erogatrice delle prestazioni oggetto di monitoraggio</p> <p>APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA Specialisti ospedalieri che hanno ricevuto nel 2015 specifici obiettivi riguardanti l'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali (Oncologia, CAS, Pneumologia, Laboratorio Analisi, Radiodiagnostica); Gruppo di Progetto "Riordino della Rete ospedaliera" (D.D.G. n. 582 del 20.07.2015); eventuali altre strutture coinvolte nell'aggiornamento del Piano Operativo Aziendale Attività Specialistica Ambulatoriale</p>
Attori esterni all'azienda che saranno coinvolti	Conferenza dei Sindaci, Comitato dei Sindaci, Erogatori Privati

Fig. 1 Sedi di erogazione delle prestazioni al 20.11.2015



LEGENDA

-  CAP/ Poliambulatorio multifunzionale/Casa della Salute
-  Poliambulatorio
-  Prestazioni infermieristiche / punto prelievi
-  Sede consultorio

2 - MACROPROGETTO RETE AMBULATORIALE

Responsabile di macroprogetto	Dr.sa Francesca Gallone Direttore del Distretto di Vercelli francesca.gallone@aslvc.piemonte.it		
Progetto n°: 2.2 Sedi di erogazione delle Cure primarie e forme organizzate di medicina generale			
Sottolivello assistenziale:	Medicina Generale (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta)		
Project Leader (Responsabile):	Dr. Giuseppe Carlo Orto Referente Centro Assistenza Primaria (CAP) di Santhià giuseppe.orto@aslvc.piemonte.it		
Corresponsabili:	Marco Ferri (MMG), M. Rosa Sicurezza (CPSE Cure domiciliari), Renata Colombo (PLS)		
OBIETTIVO GENERALE			
Predisporre una proposta di riorganizzazione delle prestazioni ambulatoriali di cure primarie nell'ambito delle possibili forme organizzative previste dalla normativa vigente, tra cui, in particolare la DGR 26-1653/2015 (cap. 2.3 dell'allegato):			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) ▪ Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) ▪ Ospedale di Comunità (<i>in attesa di apposito provvedimento regionale da emanarsi entro il 2016</i>) 			
Razionale			
Nell'ASL VC operano 123 Medici di Medicina Generale (MMG) che assistono complessivamente 154.534 pazienti (dato aggiornato al 30.6.2015). L'attuale organizzazione aziendale è articolata in:			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 CAP nel PSP di Santhià, i cui risultati dell'attività sono dettagliati in allegato (ALL. 2.2.1 Monitoraggio CAP 2013-14 (QUA.DO.1661.01) e ALL 2.2.2 Tabella monitoraggio progetti CAP al 31.12.2014 - ASL VC). ▪ 1 Ospedale di Comunità a Varallo ("Country Hospital" con sede nella cosiddetta "Casa della Salute" di Varallo) ▪ 2 Medicine di Gruppo (ex Gruppi di Cure Primarie) nel Distretto di Vercelli e n. 6 Medicine di Gruppo nel Distretto della Valsesia; ▪ 5 Reti di MMG nel Distretto di Vercelli e n. 2 nel Distretto della Valsesia; ▪ 3 Associazioni di MMG nel Distretto di Vercelli e n. 2 nel Distretto della Valsesia. 			
Al 30.6.2015, inoltre, risultano operare in modo indipendente n. 14 MMG (n. 10 nel Distretto di Vercelli e n. 4 nel Distretto della Valsesia) che seguono 18.382 assistiti (ulteriori dettagli in allegato 1.2.3). L'organizzazione sopra descritta necessita di essere riclassificata ed eventualmente rimodulata alla luce delle indicazioni fornite nella DGR 26-1653/2015 (cap. 2.3 dell'allegato) che prevede le seguenti forme organizzative:			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ UCCP. Le Unità complesse di cure primarie sono costituite da reti multiprofessionali, operanti in sedi uniche sotto forma di strutture polifunzionali territoriali dotate di strumentazione di base per la diagnostica di primo livello (h 12), facenti capo al Distretto al quale ne compete il governo e la gestione organizzativa. Le UCCP operano attraverso il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle Cure primarie, dell'area specialistica territoriale ed ospedaliera, della prevenzione, dell'area infermieristica, dell'area socio-sanitaria e socio-assistenziale e, a garanzia della copertura h 24, della C.A. (ex G.M.), fino all'istituzione del ruolo unico della medicina generale come previsto dalla vigente normativa nazionale. Attualmente potrebbe essere ri-classificata come UCCP il CAP di Santhià mentre un'ulteriore sede di UCCP, previa valutazione dei requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali potrebbe essere prevista in una sede idonea del Distretto della Valsesia (nel PSP di Gattinara con un'antenna nella Casa della Salute di Varallo). ▪ AFT. Le Aggregazioni funzionali territoriali sono definite quali reti monoprofessionali (MMG/PDLS) "che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi" (L. n. 189/2012, art. 1, co.1). L'AFT è composta da un numero di medici (MMG/PDLS) compreso fra i 15 e i 20. Inoltre possono essere previste AFT composte da medici specialisti ambulatoriali interni. La popolazione assistita afferente a ciascuna AFT non è superiore a 30.000 abitanti (anche maggiore nelle aree metropolitane). Le Medicine di Gruppo e le Reti di MMG attualmente presenti potrebbero essere riorganizzate come AFT. 			
AZIONI		Resp.	Scadenza
1. Stesura di una proposta di riorganizzazione/riclassificazione delle attuali forme organizzative aziendali di Cure Primarie che tenga conto di quanto previsto dalla DGR 26-1653/2015, degli interventi aziendali di riorganizzazione delle sedi ambulatoriali e di eventuali altri interventi di riorganizzazione interna (traccia di lavoro, da ampliare in ALL. 2.2.4)		Marco Ferri (MMG), con la collaborazione delle funzioni competenti/di supporto (Distretti, Referente CAP,...)	31.12.2015
2. Avvio della riorganizzazione di cui al punto precedente e proposta dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali prioritari da aggiornare/formalizzare con la condivisione di linee guida, procedure, ecc.		Direttori Distretto con la collaborazione delle funzioni competenti/di supporto (MMG, Referenti CAP/UCCP, AFT...ecc.)	31.12.2016
IMPATTO ATTESO			
Vantaggi per l'azienda	Incremento dell'efficienza della rete ambulatoriale attraverso una razionalizzazione delle risorse umane, strutturali e tecnologiche basata sulla centralizzazione delle attività e sulla realizzazione di economie di scala con mantenimento/miglioramento degli standard professionali offerti.		

Consumo di risorse	Risorse umane (medici, infermieri, OSS, assistenti sociali, ecc.): da valutare all'atto della definizione operativa del progetto di riorganizzazione. Risorse tecnologiche e informatiche: da definire nella fase operativa di definizione del progetto di riorganizzazione.
Vantaggi per l'utente	Accesso a servizi di Cure Primarie articolati in modo da rendere più accessibile per l'utente una risposta integrata ai suoi bisogni (non solo assistenza medica, ma anche assistenziale e socio-assistenziale, amministrativa, ecc.)
Documenti di riferimento/Allegati	DOCUMENTI AGLI ATTI PRESSO L'ARCHIVIO DI PROGETTO A CURA DEL PROJECT LEADER: <u>Monitoraggio dell'attività del Centro di Assistenza Primaria (CAP) di Santhià:</u> ALL. 2.2.1 Monitoraggio CAP 2013-14 (QUA.DO.1661.01); <u>Tabella sintetica di monitoraggio dell'attività del CAP di Santhià:</u> ALL. 2.2.2 Tabella monitoraggio progetti CAP al 31.12.2014 - ASL VC <u>Attuale organizzazione delle forme associative dei MMG (al 30.6.15):</u> ALL. 2.2.3 MMG_PLS_giu2015 <u>Traccia di lavoro per la riorganizzazione in AFT:</u> ALL. 2.2.4 Proposta AFT UCCP
Unità operative aziendali che saranno coinvolte (SPECIFICARE EVENTUALI FORME DI COLLABORAZIONE CON ALTRI PROGETTI IN CORSO DI DEFINIZIONE)	Distretti, Medici convenzionati (MMG, PLS, specialisti), SITROP, Servizio Sociale, Servizi ospedalieri di supporto (Laboratorio Analisi, Radiodiagnostica, Trasfusionale, ecc.), ...
Eventuali attori esterni all'azienda che saranno coinvolti (es. EELL, altre aziende sanitarie, privati ecc.)	Organizzazioni Sindacali personale convenzionato, Conferenza dei Sindaci, Comitato dei Sindaci, ...

2 -MACROPROGETTO RETE AMBULATORIALE

Responsabile di macroprogetto	Dr.sa Francesca Gallone Direttore del Distretto di Vercelli francesca.gallone@aslvc.piemonte.it		
Progetto n°: 2.3 Centralizzazione delle chiamate di Continuità Assistenziale (CA)			
Sottolivello assistenziale:	Medicina Generale (Guardia Medica)		
Project Leader:	Dott. Cristiano Gianoli Delegato da Direttore SC Distretto Vercelli, Dr.sa Francesca Gallone, di concerto con il Direttore del Distretto della Valsesia, Dr.sa Gennarina Rista cristiano.gianoli@aslvc.piemonte.it		
Corresponsabili:	Ing. Giuseppe Giammarinaro (Resp. SC Tecnico e ingegneria clinica)		
OBIETTIVO GENERALE Realizzazione delle attività propedeutiche all'attivazione del numero unico 116117 legato non soltanto alla sostituzione dei numeri di CA, ma anche all'implementazione dei servizi h 24 secondo i contenuti dell'Accordo Stato Regioni del 7.2.2013 con particolare riferimento alle funzioni in grado di assicurare la continuità delle cure e di intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità.			
Razionale Come riportato nella DGR 26-1653/2015, fra gli obiettivi perseguiti nell'intervento di riordino della rete territoriale vi è la definizione di un modello finalizzato a garantire, nel pieno rispetto dei percorsi differenziati, l'interazione tra i servizi della Continuità Assistenziale-ex Guardia Medica (di seguito: C.A.) e del sistema di Emergenza/Urgenza, attraverso la centralizzazione delle chiamate che oggi interessano 80 linee di C.A. attive nella Regione Piemonte, su un numero unico "116.117". Tale numero, oltre che dedicato al servizio di cure mediche da erogarsi negli orari di competenza della C.A., è destinato a rappresentare anche un valido riferimento sia per i pazienti e le loro famiglie sia per gli operatori sanitari e sociali del territorio nonché per gli operatori dell'ospedale, al fine di agevolarne e supportarne i percorsi nell'ambito della rete organizzativa ed operativa dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali. Sulla base di tale premessa, la successiva DGR 12-2021/2015 individua per le Aziende sanitarie degli specifici obiettivi di settore per l'anno 2015.			
AZIONI			
	Resp.	Scadenza	
1. Censimento delle risorse di Guardia Medica (postazioni, punti di risposta con relativi numeri telefonici e dotazioni tecnologiche, numeri di medici dipendenti e convenzionati e personale infermieristico, tecnico e amministrativo dedicato) [indicatore: consegna entro il 21.9.2015 del censimento e valutazione positiva da parte della Regione del documento]; Compilazione dell'"ALL. 2.3.1- Tabella sintesi (ex) Guardia Medica"	Direttori di Distretto	15.9.2015	✓
2. Stesura di una proposta operativa da sottoporre alla Direzione Sanitaria per sottoscrizione gli accordi di area, anche alla luce dei contenuti dell'Accordo Stato Regioni del 7.2.2013 e delle opportunità di riorganizzazione delle sedi ambulatoriali di Guardia Medica	Direttori Distretto	31.10.2015	✓
3. Completamento dell'iter amministrativo tecnologico ed organizzativo per la centralizzazione delle chiamate di Guardia Medica entro il 31.12.2015 ed individuazione dei servizi disponibili H24 suscettibili di coordinamento telefonico-informatico da parte delle centrali di continuità assistenziale 116117 (obiettivo fortemente correlato alla attivazione della riorganizzazione distrettuale in AFT e UCCP) [Indicatore: accordo formale tra ASL/AO, sottoscritto da tutti i Direttori Generali del bacino, e validazione da parte della Regione entro il 31.12.2015]	Direttori Distretto con la collaborazione delle funzioni competenti/di supporto	31.12.2015	
4. Attivazione di un NUMERO AZIENDALE UNICO in attesa dell'attivazione del 116117 con la collaborazione delle funzioni competenti/di supporto	Direttori Distretto	28.02.2016	
5. Stesura del piano operativo e avvio dell'operatività con la collaborazione delle funzioni competenti/di supporto (salvo diverse indicazioni regionali)	Direttori Distretto	31.12.2016	
6. Messa a regime del piano operativo (salvo diverse indicazioni regionali)	Ciascuna delle funzioni individuate nel piano operativo per le parti di competenza	31.12.2017	
IMPATTO ATTESO			
Vantaggi per l'azienda	Miglioramento del livello di coordinamento della funzione di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica). Viene inoltre ipotizzato un utilizzo più efficiente delle risorse a disposizione		
Consumo di risorse	Verrà stimato successivamente in relazione alle attività richieste per la messa a regime della nuova modalità organizzativa. E' in corso la stima dei costi per l'attivazione del numero aziendale unico.		
Vantaggi per l'utente	Semplificazione e uniformità delle modalità di accesso al servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)		
Documenti di riferimento/Allegati	DOCUMENTI AGLI ATTI PRESSO L'ARCHIVIO DI PROGETTO A CURA DEL PROJECT LEADER: ALL. 2.3.1- Tabella sintesi (ex) Guardia Medica; ALL. 2.3.2 - Proposta riorg sedi (ex) Guardia Medica ALL 2.3.3 - Proposta guardia medica turistica		
Unità operative aziendali che saranno coinvolte	Distretti, SC Tecnico e ingegneria clinica		
Eventuali attori esterni	AOU Novara (SET 118)		

3 - MACROPROGETTO RESIDENZIALITÀ

Responsabile di macroprogetto	Dr.sa Gennarina Rista Direttore SC Distretto della Valsesia gennarina.rista@aslvc.piemonte.it		
Progetto n°: 3.1 Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS)			
Sottolivello assistenziale:	Assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale (Continuità assistenziale a valenza sanitaria – sottolivello non definito)		
Project Leader:	Dr.sa Gennarina Rista Direttore SC Distretto della Valsesia gennarina.rista@aslvc.piemonte.it	Dott. Giulio Zella C.P.S.E. Direzione Medica giulio.zella@aslvc.piemonte.it	
Corresponsabili:	Dott. Giuseppe Ferraris (Dirigente Medico S. C. Distretto di Vercelli), Dott.ssa Franca Alunni (Dirigente Medico S. C. Distretto della Valsesia), Dott. Aldo Tua (Dirigente Medico S. C. Dea Vercelli), Dott. Giulio Maria Rigoli (MMG Distretto della Valsesia), Luisella Gippa (CPSE Country Hospital Varallo), Silvia Nazario (CPSE S.C. Dea Vercelli), Dott.ssa Cristiana Masuero (CPSE NOCC Vercelli), Maria Rosa Sicuranza (CPSE NDCC Vercelli), Dott. Lorella Perugini (A.S.C. Responsabile e NOCC Vercelli), Dott. Laura Spunton (A.S.C. Distretto di Vercelli), Dott.ssa Maria Teresa Marone (A.S. Distretto della Valsesia), Sig.ra Marinella Marchitelli (A.S.C. Distretto della Valsesia)		
OBIETTIVO GENERALE Rivalutare il fabbisogno di p.l. aziendali di CAVS ed implementare l'offerta attualmente erogata.			
<p>Razionale</p> <p>Come precisato dalla DGR 26-1653/2015, la CAVS rappresenta un setting in cui prevale la componente assistenziale rispetto alla parte clinico-internistica, che pur è presente in modo significativo; deve seguire specifici criteri di tipo clinico, assistenziale, riabilitativo e socio-ambientale.</p> <p>L'attivazione dei posti letto di CAVS può avvenire mediante la riconversione di p.l.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ convenzionati attualmente dedicati all'assistenza residenziale presso le RSA, le strutture ex art. 26 e le Case di Cura accreditate; ▪ ospedali. <p>I ricoveri riguardano le tipologie di pazienti indicate dalla D.G.R. n.13-1439 del 28 gennaio 2011:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ alta complessità clinico – assistenziale ▪ moderata complessità clinico assistenziale ▪ con problematiche neuropsichiatriche e clinico assistenziali <p>i cui criteri di eleggibilità sono stati specificati nell' Allegato A alla D.G.R. n. 6 – 5519 del 14 marzo 2013.</p> <p>Le modalità di selezione e di ammissione dei pazienti dovranno seguire la procedura aziendale individuata per la presa in carico del paziente a livello territoriale di cui alla D.G.R. n. 27 – 3628 del 28 marzo 2012, rivista e aggiornata al fine di ottimizzare le modalità e i tempi di valutazione e di garantire tempestivamente al paziente la continuità assistenziale nel setting più appropriato.</p> <p>Detta procedura dovrà indicare, in base alla tipologia dei pazienti, la durata del ricovero che, prevista non superiore ai 30 gg., è prorogabile, in alcuni casi, di altri 30 gg sulla base di specifica valutazione riferita ai singoli casi in relazione a motivate necessità.</p> <p>Attualmente nell'ASL VC sono attivi 10 posti letto (pl) di CAVS presso la RSA di Albano V.se e 10 pl di Country Hospital nella Casa della Salute di Varallo che fungono anche da CAVS.</p> <p>Con DGR n. 44-7346 del 31.03.2014 risultano assegnati all'ASL VC n. 46 p.l. CAVS di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ n. 26 da riconversione cod. 60 (n. 22 p.l. cod. 60 P.O. Vercelli e n. 4 p.l. cod. 60 P.O. Borgosesia) ▪ n. 20 p.l. da riconversione RSA <p>In data 17.12.2015, nel corso della riunione della Direzione Generale con il Coordinatore del Macroprogetto Ospedale Dott.ssa Emanuela Pastorelli, è emersa la necessità di n. 2 ulteriori p.l. CAVS in aggiunta ai n. 46 sopra descritti.</p> <p>Pertanto, in data 17.12.2015, nel corso della riunione della Direzione Generale con il Responsabile del Macroprogetto Ospedale e del Responsabile del Macroprogetto Residenzialità, è stata proposta congiuntamente la seguente distribuzione dei n. 48 p.l. CAVS totali:</p> <p><u>Ospedale di Vercelli:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ n. 18 p.l. per i casi di alta complessità clinico – assistenziale e con problematiche neuropsichiatriche e clinico assistenziali da collocarsi preferibilmente in struttura con presenza medica di area internistica e dotata di attrezzature per diagnostica; <p><u>Ambito sud dell' ASL VC:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ n. 10 p.l. in RSA per i casi di moderata complessità clinico assistenziale <p><u>Ospedale di Borgosesia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ n. 10 p.l. per i casi di alta complessità clinico – assistenziale e con problematiche neuropsichiatriche e clinico assistenziali da collocarsi preferibilmente in struttura con presenza medica di area internistica e dotata di attrezzature per diagnostica; <p><u>Casa della Salute di Varallo Sesia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ n. 10 p.l. in Country Hospital – Casa della salute (Ospedale di Comunità DM 2 aprile 2015 n. 70 e D.G.R. n n. 26 – 1653 del 29 giugno 2015) per i casi di moderata complessità clinico assistenziale. <p>Si evidenzia la possibilità di attivazione di p.l. CAVS secondo il piano regionale di interventi straordinari, varato il 9.12.2015 per il periodo 15.12.2015 – 15.3.2016, per prevenire le necessità emergenziali del Dea/P.S. e picchi di ricovero in relazione all'epidemia influenzale.</p>			
AZIONI			
		Resp.	Scadenza
1.Rivalutazione del fabbisogno di CAVS alla luce della riorganizzazione della rete ospedaliera e della rete territoriale (documento utile come base: Calcolo fabbisogno CAVS da BDDE al 31/12/2013).		Direttori di Distretto e Direzione Medica	20.11.2015 ✓
2. Stesura di una proposta operativa volta all'attivazione di eventuali ed ulteriori p.l. di CAVS (documento utile come base: nota Direzione Generale prot. n. 52638 del 10/11/2014).		Direttori di Distretto e Direzione Medica	20.11.2015 ✓

3. Eventuale attivazione delle procedure regionali di riconoscimento/attivazione dei p.l. di CAVS previsti	Direttori di Distretto	31.01.2016	
4. Revisione ed aggiornamento del percorso aziendale di continuità di cura di cui alla D.G.R. n. 27 – 3628 del 28 marzo 2012 al fine di ottimizzare le modalità e i tempi di valutazione e di garantire tempestivamente al paziente la continuità assistenziale nel setting più appropriato. La procedura dovrà indicare: - criteri di eleggibilità specificati nell' Allegato A alla D.G.R. n. 6 -5519 del 14 marzo 2013; - modalità di selezione e di ammissione - durata del ricovero e dei criteri di proroga	Direttori di Distretto e Direzione Medica	31.01.2016	
5. Attivazione dei primi 16-18 p.l. di CAVS presso il P.O. di Vercelli, secondo il cronoprogramma del Macroprogetto Ospedale presentato il 17.12.2015	Direttori di Distretto e Direzione Medica	01.02.2016	
6. Attivazione dei pl di CAVS nell'ospedale di Borgosesia	Direttori di Distretto e Direzione Medica	31.03.2016	
6. Messa a regime dei p.l. di CAVS	Direttori di Distretto e Direzione Medica	30.06.2016	
IMPATTO ATTESO			
Vantaggi per l'azienda	Riconoscimento di posti letto di continuità assistenziale a valenza sanitaria utili a soddisfare il fabbisogno aziendale rilevato e contestuale miglioramento dell'efficienza delle strutture di degenza per acuti.		
Consumo di risorse	Da stimare nella fase operativa del progetto (base di lavoro: ALL. 4.1.2 e DGR 6-5519/2013). L'attivazione dei primi 18 p.l. presso il P.O. di Vercelli il 01.02.2015 comporterà una spesa per lavori di tinteggiatura di circa 40.000,00 € (fonte SC Tecnico e ingegneria clinica 18.12.2015)		
Indicatore	% p.l. CAVS attivati entro il 2016 rispetto al fabbisogno (ATTESO >=95%)		
Vantaggi per l'utente	Miglioramento delle condizioni assistenziali e riduzione dei rischi correlati alla ospedalizzazione. Definizione del percorso "pazienti fragili" post-dimissione entro 3 giorni dalla ammissione. Attuazione del percorso individuato con totale presa in carico del territorio nel giorno stabilito per la dimissione, salvo complicazioni cliniche con possibilità di degenza		
Documenti di riferimento/Allegati	DOCUMENTI AGLI ATTI PRESSO L'ARCHIVIO DI PROGETTO A CURA DEL PROJECT LEADER: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Calcolo del Fabbisogno di p.l di CAVS</u>: ALL 3.1.1 Calcolo Fabbisogno CAVs da BDDE al 31.12.2013 ▪ <u>Scenari possibili di giornate di degenza, pazienti e spesa attese conseguenti all'attivazione dei pl di CAVS</u>: ALL 3.1.2 stime giornate - pl - pazienti – spesa ▪ nota Direzione Generale prot. n. 52638 del 10/11/2014 		
Unità operative aziendali che saranno coinvolte	Distretti; Direzione Medica (e, per suo tramite, le strutture ospedaliere interessate al trasferimento dei malati in CAVS) e altre funzioni aziendali secondo necessità		
Eventuali attori esterni all'azienda che saranno coinvolti	Strutture per anziani non autosufficienti RSA, Privato convenzionato		

3 - MACROPROGETTO RESIDENZIALITÀ

Responsabile di macroprogetto	Dr.sa Gennarina Rista Direttore SC Distretto della Valsesia gennarina.rista@aslvc.piemonte.it
--------------------------------------	---

Progetto n°: 3.2 Percorso dei pazienti in residenzialità, semiresidenzialità e cure domiciliari

Sottolivello assistenziale:	Assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale
------------------------------------	--

Project Leader:	Dr.sa Gennarina Rista Direttore SC Distretto della Valsesia gennarina.rista@aslvc.piemonte.it
------------------------	--

Corresponsabili:	Dott. Giuseppe Saglio (Direttore S.C. Psichiatria), Dott. Paolo Rasmini (Direttore S.C. Neuropsichiatria Infantile), Sivana Strobino (A.S. S.C. Ser.D), Dott.ssa Laura Spunton (A.S.C. Distretto di Vercelli), Marinella Marchitelli (A.S.C. Distretto della Valsesia), Graziella Comola (CPSE Cure Domiciliari Dist. Valsesia – GATT.), Ilde Filisetti (CPSE Cure Domiciliari Distretto della Valsesia – BGS), Maria Rosa Sicuranza (CPSE Cure Dom. e NDCC – Dist. Vercelli), Daniela Bordiga (CPSE FKT P.O. Borgosesia), Barbara Cantoia (CPSE FKT Pres. Polif. Gattinara), Germana Stragiotti –(CPSE FKT Casa della Salute Varallo), Annalisa Tomagra (CPSE FKT P.O. Vercelli), Cristina Zani (CPSE FKT Pres. Polif. Santhià), Gianna Trincherò (Assistente Amministrativo S.C. Psichiatria), A. Nicoletta Ghiani (Assistente Amministrativo Distretto della Valsesia)
-------------------------	---

OBIETTIVO GENERALE Uniformare le modalità di presa in carico del paziente con bisogno di assistenza residenziale/semiresidenziale e cure domiciliari

Razionale

Pazienti psichiatrici - S.C. Psichiatria

Allo stato la S.C. Psichiatria ha in carico n. 63 pazienti residenziali, ospitati presso strutture di diversa tipologia, caratterizzate da diverse funzioni e livelli assistenziali:

- Comunità Protetta Tipo A: elevata intensità terapeutica e riabilitativa rivolta ad ospitare pazienti in fase sub-acuta o iniziale del progetto riabilitativo. La tariffa è interamente a carico del Servizio Sanitario.
N. totale pazienti: 0
- Comunità Protetta Tipo B: medio livello di protezione e di intervento riabilitativo, rivolta a pazienti in fase più avanzata del processo riabilitativo. La tariffa è interamente a carico del Servizio Sanitario.
N. totale pazienti: 20
- Comunità Alloggio, presidio socio assistenziale a supporto di un progetto terapeutico riabilitativo della S.C. Psichiatria che garantisce all'utenza uno stile di vita familiare. La retta è suddivisa in quota sanitaria e quota alberghiera.
N. totale pazienti: 4
- Gruppo Appartamento: soluzione abitativa che risponde a specifiche esigenze di residenzialità assistita di tipo non basilare, rivolta a pazienti in fase avanzata del loro reinserimento sociale. La retta è suddivisa in quota sanitaria e quota alberghiera.
N. totale pazienti: 39, 16 dei quali ospitati in strutture di proprietà aziendale, collocate a Gattinara (n. 4 ospiti), Valduggia (n. 2 ospiti), Varallo (n. 5 ospiti), e Vercelli (n. 5 ospiti).

I pazienti vengono inseriti su proposta:

- della S.C. Psichiatria;
- della S.C. Psichiatria e del Ser.D, nel caso di doppia diagnosi (n. 3 pazienti);

Le strutture vengono scelte tenuto conto delle condizioni del paziente e delle caratteristiche della struttura.

In taluni casi l'inserimento viene disposto dalla Magistratura con l'indicazione della struttura ospitante.

Il Servizio provvede a una valutazione continua dei pazienti inseriti per verificare il setting appropriato in relazione ai bisogni terapeutico-riabilitativi dei margini di recupero e di reinserimento, dei bisogni assistenziali, del contesto sociale, della presenza di eventuali fenomeni di cronicizzazione.

I pazienti affetti da patologie psichiatriche, dal compimento dei 65 anni di età potranno essere segnalati da Servizi o dalle Commissioni che li hanno in carico all'U.V.G. che procederà alla valutazione come sopra descritta per verificare che le condizioni clinico-assistenziali individuino un profilo di cura assimilabile all'anziano non autosufficiente.

Attività extra residenziale

La S.C. Psichiatria ha disponibilità di strumenti atti a evitare l'istituzionalizzazione dei pazienti e a ridurre il ricorso:

- assegni terapeutici ad personam
- borse lavoro
- inserimenti lavorativi
- assegni terapeutici per favorire il ricorso al Servizio
- interventi di assistenza domiciliare (circa 2800 pazienti ambito ASL)
- day hospital – sede di Borgosesia – n. 4 posti letto

Costi

Anno 2014: il costo è stato pari a €. 2.562.453,57 (Autorizzazione n. 33 DSM C.E. 3100496) comprensiva della quota extra LEA.

Al 30/09/2015: il costo è stato pari a €. 1.361.631,83 (Autorizzazione n. 33 DSM C.E. 3100496), cui devono essere sommati i costi extra LEA di € 554.004,42 (C.E. 3101836), relativa alla maggior spesa per la quota sociale LEA nazionali per acquisti prestazioni di psichiatria residenziale da privato.

Le attuali assegnazioni di spesa sono sufficienti a coprire gli inserimenti in essere.

Azioni previste e tempistica

Entro il 15/11/2015 la S.C. Psichiatria, in ottemperanza alla D.G.R. 30-1517 del 3 giugno 2015, di riordino della rete dei servizi residenziali psichiatrici, provvederà alla rivalutazione dei pazienti ospitati presso strutture di diversa tipologia, al fine di monitorare l'appropriatezza del ricorso ai servizi di residenzialità psichiatrica identificando il setting più idoneo in considerazione dei bisogni terapeutico-riabilitativi, dei margini di recupero e di reinserimento, dei bisogni assistenziali, del contesto sociale, della presenza di eventuali fenomeni di cronicizzazione.

In riferimento alla stessa D.G.R. nei casi in cui è prevista la compartecipazione alla spesa da parte di utenti e Comuni, ora sostenuta dal Servizio come extra LEA, la struttura provvederà a promuovere un'interazione operativa con i servizi socio-assistenziali. Nello stesso modo si coopererà con i Distretti Sanitari nei casi in cui si dovesse rendere necessario il trasferimento della competenza al riguardo.

I percorsi clinico-assistenziali, già definiti dal Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale e recepiti dalla D.G.R. 30-1517, 3 giugno 2015, si propongono di riorganizzare l'assistenza ai pazienti psichiatrici per intensità di cura e di stabilire i requisiti strutturali-organizzativi e delle modalità autorizzative, di accreditamento e di vigilanza sulle strutture residenziali nonché la revisione del fabbisogno di posti letto e la determinazione delle tariffe nell'ambito della salute mentale.

Pazienti con dipendenza - S.C. Ser.D.

Nell'anno in corso la S.C. ha avuto in carico 25 pazienti ospitati presso strutture di diversa tipologia, caratterizzate da diverse funzioni e livelli assistenziali.

Allo stato attuale solo 12 pazienti sono ancora ospitati presso le strutture comunitarie.

Le varie tipologie di comunità utilizzate per l'inserimento dei pazienti sono definite dalla D.G.R. n. 61-12251 del 28 settembre 2009.

Comunità Terapeutica Residenziale

Tipo art 12 S.T.R.A.:

E' un servizio Terapeutico Riabilitativo ad elevata integrazione socio-sanitaria che attua piani terapeutico riabilitativi personalizzati finalizzati al superamento dei comportamenti di abuso e dipendenza e ad un pieno reinserimento sociale.

La tariffa è totalmente a carico del Servizio Sanitario.

N. totale pazienti attualmente presenti 8.

Comunità Terapeutica Residenziale per comorbidità psichiatrica.

Tipo S.T.S. Art 13 E.

E' una struttura specialistica rivolta all'inserimento di utenti con disturbo da uso di sostanze associato ad ogni altra diagnosi psichiatrica.

La tariffa è totalmente a carico del Servizio Sanitario (50% Ser.D. E 50% CSM).

N. totale pazienti attualmente presenti 2.

Servizi di Trattamento Specialistico

Tipo S.T.S. Art 13 F.

Struttura specialistica rivolta a persone affette da infezione HIV/AIDS (Casa Alloggio AIDS) rimaste prive di adeguato sostegno socio familiare e clinicamente caratterizzati da una o più delle seguenti condizioni: terapia con farmaci antiretrovirali, presenza di affezioni sintomatiche, patologie HIV correlate.

Il 70% della retta è a carico del Servizio Sanitario e il 30% è a carico dell'Ente Gestore della retta del Comune di Borgosesia. (per un paziente).

La tariffa è totalmente a carico del Servizio Sanitario 50% Ser.D. e 50% CSM (per un paziente).

N. totale pazienti attualmente presenti 2.

Comunità Protetta. CPB (comorbidità psichiatrica)

E' una comunità psichiatrica assistita nelle 24/h;

La tariffa è totalmente a carico del Servizio Sanitario (50% Ser.D. e 50% CSM).

N. totale pazienti 2 attualmente presenti 0.

Comunità per pazienti affetti da HIV. Tipo RSD (Regione Lombardia)

La retta è suddivisa in quota sanitaria e quota alberghiera pagata dal paziente.

N. totale pazienti 1 attualmente dimesso.

I pazienti vengono inseriti su proposta:

- della S.C. Ser.D.;

Le strutture sono individuate previa valutazione diagnostica, prognostica multidisciplinare integrata effettuata dall'equipe operatori Ser.D.

Il Servizio provvede inoltre a una valutazione continua dei pazienti inseriti, sottoscrivendo ogni tre mesi il Piano Terapeutico Individualizzato con gli operatori della comunità per verificare il setting più appropriato in relazione ai progressi o alle criticità emersi ma soprattutto in presenza di eventuali fenomeni di cronicizzazione.

- della S. C. Ser.D. e della S. C. Psichiatria in caso di doppia diagnosi (sei pazienti nell'anno 2015, di cui già tre dimessi).

Si segnala che sempre con maggiore frequenza l'inserimento viene disposto dalla Magistratura in relazione alla pericolosità sociale (circa il 35-40%).

Tutti i pazienti nell'anno 2015 sono stati inseriti presso strutture ubicate in Regione Piemonte.

Costi

Anno 2014: il costo è stato pari a € 359.135,06 (autorizzazione n. 18 Ser.D. C. E 3101805 e C.E. 3101808 per pazienti affetti da HIV)

Al **30/09/2015** il costo è stato pari a € 294.198,03 (autorizzazione n. 18 Ser.D. C. E 3101805 e C.E. 3101808 per pazienti affetti da HIV).

L'attuale budget risulta insufficiente per l'impossibilità di governance dovuta alla quota di inserimenti ordinati dal Magistrato.

Azioni previste e tempistica

Proseguimento dell'attività di verifica in essere con valutazione continua dei pazienti inseriti e sottoscrizione ogni tre mesi del Piano Terapeutico Individualizzato con gli operatori della comunità per verificare il setting più appropriato in relazione ai progressi o alle criticità emersi ma soprattutto in presenza di eventuali fenomeni di cronicizzazione.

PAZIENTI DISABILI – S.C. Distretto di Vercelli e S.C. Distretto della Valsesia

I Distretti garantiscono l'assistenza socio-sanitaria ai disabili attraverso le Unità multidisciplinari di valutazione della disabilità (UMVD), il percorso della presa in carico delle persone con disabilità che necessitano di interventi sanitari e socio sanitari, monitorizzano l'appropriatezza delle risposte erogate e ne valutano la sostenibilità, in ottemperanza a quanto previsto dalla d.G.R. n. 26-13680 del 29/03/2010.

Sono destinatari degli interventi dell'UMVD i soggetti di età compresa fra 0 e 64 anni, residenti nell'ambito aziendale, con le seguenti tipologie di disabilità:

- persone, minori e adulte, affette da patologie croniche invalidanti, che determinano notevoli limitazioni della loro autonomia;
- persone colpite da minorazione fisica e/o sensoriale;
- persone colpite da minorazione di natura intellettuale e/o fisica anche associata a disturbi del comportamento e relazionali non prevalenti;
- minori con situazioni psico sociali anomale associate a sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali (ICD 10) fatti salvi gli interventi di esclusiva competenza sanitaria;
- rivalutazione dei pazienti psichiatrici seguiti dal Dipartimento di Salute Mentale secondo quanto previsto dalle DD.GG.RR. nn. 118-7609 del 03/04/1996 e 74-28035 del 02/08/1999.

All'UMVD competono le seguenti funzioni:

- accertamento delle condizioni di disabilità;
- valutazione del bisogno globale e della domanda di salute;
- individuazione delle prestazioni sanitarie, assistenziali ed economiche necessarie e idonee: domiciliari, semiresidenziali e residenziali privilegiando, ove possibile, la permanenza in famiglia o in nuclei aventi caratteristiche familiari;
- definizione del progetto individuale, delineato con il diretto coinvolgimento della persona con disabilità o di coloro che la rappresentano, che individui la tipologia strutturale e gestionale idonea e il livello di intensità delle prestazioni come previsto, in attesa di definizione delle scale di valutazione della disabilità da parte della Regione Piemonte, dalla DGR 51-11389 del 23.12.2003;
- valutazione della idoneità della struttura semiresidenziale o residenziale in funzione del Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.), predisposto in base alle indicazioni di cui alla DGR 51-11389 del 23.12.2003, con priorità di scelta fra le strutture presenti nel territorio aziendale;
- valutazione delle diverse tipologie di progetti individuali (vita indipendente, adozioni difficili, disabili sensoriali, ecc.);
- rivalutazioni dei pazienti psichiatrici ai sensi delle DD.GG.RR. n. 118-7609 del 03/04/1996 e n. 74-28035 del 02/08/1999;
- monitoraggio, verifica e rivalutazione dei progetti individuali per verificare l'appropriatezza dell'intervento in relazione ai bisogni terapeutico-riabilitativi con cadenza almeno annuale.

DISABILI ADULTI

Al 30/09/2015, i Distretti hanno in carico:

n. 210 Disabili (n. 126 Distretto di Vercelli e n. 84 Distretto della Valsesia), ospitati presso strutture residenziali di diversa tipologia, caratterizzate da diverse funzioni e livelli assistenziali.

Strutture residenziali e semiresidenziali di fascia A (alta intensità) con tariffa a carico del Servizio Sanitario pari al 70%

- R.S.A. per disabili: destinata a soggetti disabili con patologia complessa correlata al grado di handicap che non hanno potenzialità di recupero in particolare sul piano socio relazionale.
N. totale pazienti: 2 (n. 0 Distretto di Vercelli e n. 2 Distretto della Valsesia);
- R.A.F. tipo A: destinata a soggetti disabili adulti che, pur nella complessità della patologia correlata al grado di handicap mantengono potenzialità di recupero in particolare sul piano socio relazionale.
N. totale pazienti: 33 (n. 28 Distretto di Vercelli e n. 5 Distretto della Valsesia);
- R.A.F. tipo B: destinata a soggetti disabili adulti che necessitano un elevato grado di assistenza alla persona per mantenere le abilità residue, in presenza di gravi e plurimi deficit psico-fisici.
N. totale pazienti: 49 (n. 20 Distretto di Vercelli e n. 29 Distretto della Valsesia);
- Centro Diurno Socio Terapeutico e Riabilitativo tipo A, destinato a soggetti disabili ultraquattordicenni con limitate potenzialità di inserimento socio lavorativo da sviluppare da sviluppare tramite un progetto socio sanitario individuale mirato ad un maggior livello di autonomia personale.
N. totale pazienti: 70 (n. 70 Distretto di Vercelli e n. 0 Distretto della Valsesia);
- Centro Diurno Socio Terapeutico e Riabilitativo tipo B, destinato a soggetti disabili adulti con residuali attitudini all'inserimento socio lavorativo, necessitanti dunque di supporto socio sanitario per garantire un progetto socio sanitario individuale mirato ad un maggior livello di autonomia personale.
N. totale pazienti: 46 (n. 0 Distretto di Vercelli e n. 46 Distretto della Valsesia).

Strutture residenziali e semiresidenziali di fascia B (media intensità) con tariffa a carico del Servizio Sanitario pari al 60%

- Comunità Alloggio Tipo A, destinata a disabili fisici e sensoriali non incidente sulle facoltà intellettive e relazionali con necessità di sostegno nella conduzione della vita quotidiana.
N. totale pazienti: 2 (n. 2 Distretto di Vercelli e n. 0 Distretto della Valsesia);
- Gruppo Appartamento Tipo A, destinata a disabili intellettivi di grado medio cui si accompagna un'insufficiente autonomia nella gestione quotidiana ma non tale da rendersi necessaria un'istituzionalizzazione più contenitiva.
N. totale pazienti: 0 (n. 0 Distretto di Vercelli e n. 0 Distretto della Valsesia).

- Strutture residenziali e semiresidenziali di fascia C (intensità di base) con tariffa a carico del Servizio Sanitario pari al 50%
- Comunità Alloggio Tipo B, destinata a multidisabili di grado medio-lieve con necessità di supporto educativo e sostegno tutelare. La tariffa è a carico per il 50% del Servizio Sanitario.
N. totale pazienti: 2 (n. 2 Distretto di Vercelli e n. 0 Distretto della Valsesia);
 - Gruppo Appartamento Tipo B destinata a disabili intellettivi di grado lieve con sufficiente autonomia nella gestione quotidiana e necessità di supporto educativo
N. totale pazienti: 6 (n. 4 Distretto di Vercelli e n. 2 Distretto della Valsesia),

MINORI DISABILI

La S.C. Neuropsichiatria ha in carico, tramite i Distretti, n. 11 minori (n. 10 Distretto di Vercelli e n. 1 Distretto della Valsesia), ospitati presso strutture di diversa tipologia, caratterizzate da diverse funzioni e livelli assistenziali:

- Comunità Terapeutica Minori (CTM) è una struttura sanitaria residenziale per pre-adolescenti e adolescenti con disturbo psicopatologico grave in fase sub-acuta, prevalentemente in assenza di ritardo mentale medio o grave, che richiedono interventi ad alta intensità e che non possono essere trattati a livello domiciliare o ambulatoriale. Ha funzioni terapeutiche a carattere temporaneo. La durata della permanenza dei minori in CTM è di norma non superiore a 4 mesi, prorogabile per un periodo massimo complessivo di 8 mesi. L'eventuale proroga va debitamente motivata, concordata ed autorizzata dal competente servizio di NPI. La tariffa è interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale.
N. totale pazienti: 0 (n. 0 Distretto di Vercelli e n. 0 Distretto della Valsesia)
- Comunità Riabilitativa Psico-sociale per minori (CRP): è una struttura residenziale che accoglie fino ad un massimo di 10 minori, secondo la suddivisione per fasce di età progettuali specifiche. Ciascuna comunità è dedicata in modo esclusivo all'accoglienza di minori della fascia 6/10 anni oppure 11/17 anni, affetti da patologie psichiatriche, che hanno superato favorevolmente la fase acuta del disturbo comportamentale ma che non sono in grado di rientrare in famiglia, oppure per prevenire la stessa fase acuta. Le Comunità riabilitative psico-sociali inseriscono, di norma, minori per i quali si prevede una permanenza di durata non superiore ai due anni, inseriti dalla N.PI o dall'UMVD-Minori.

La tariffa è a carico del S.S.N. per il 70% e a carico del Comune/Ente Gestore per il 30%.

N. totale minori: 2 (n. 2 Distretto di Vercelli e n. 0 Distretto della Valsesia), 1

- Comunità educativa residenziale, è una delle strutture socio-assistenziali, a titolarità dell'ambito sociale, previste dalla d.G.R. 25-5079 del 18/12/2012. Offre ospitalità e protezione in sostituzione temporanea della famiglia e delle relative funzioni genitoriali non esercitabili o compromesse da gravi difficoltà sociali, personali, di relazione ed emozionali. Sono inseriti minori per i quali non sia possibile, per un periodo più o meno prolungato, la permanenza nel proprio nucleo familiare, nonostante gli interventi di sostegno allo stesso, oppure i minori per i quali l'Autorità Giudiziaria, con provvedimento penale, prescrive il collocamento e la permanenza in comunità.
La retta è totalmente a carico del Servizio Sociale. Il SSN interviene esclusivamente quando è presente una componente sanitaria documentata. In tal caso la NPI predispose un progetto (ad. es. trattamento di logopedia) che deve essere approvato dall'UMVD.
N. totale minori: 3 (n. 3 Distretto di Vercelli e n. 0 Distretto della Valsesia),
- Centri Diurni, sono strutture che accolgono, a ciclo semi-residenziale, minori con i quali vengono svolte attività di prevenzione e sostegno. I centri diurni rispondono a due tipi di esigenze: da un lato essi accolgono minori per i quali si rende necessario un supporto alla famiglia in difficoltà nello svolgimento della propria funzione educativa, dall'altro lato essi accolgono minori per i quali si rende necessaria un'attività educativa e animativa ed una aggregazione territoriale al fine di favorire la crescita evolutiva positiva nel tempo libero. A seconda dell'intensità educativa assistenziale attivata dai centri educativi si può prevedere che il minore accolto venga accompagnato da livelli di progettualità del servizio e personalizzati. La retta è suddivisa in quota sanitaria (70%) e quota alberghiera (30%).
N. totale pazienti: 3 (n. 3 Distretto di Vercelli e n. 0 Distretto della Valsesia),
- Alcuni minori con disabilità fisica e ritardo mentale grave o medio sono accolti in strutture RAF B. La retta è suddivisa in quota sanitaria (70%) e quota alberghiera (30%).
N. totale pazienti: 3 (n. 2 Distretto di Vercelli e n. 1 Distretto della Valsesia).

Costi totale disabilità

Anno 2014: il costo è stato pari a €. 4.117.135,85, di cui €. 2.718.300,00 Distretto di Vercelli e €. 1.398.835,85 Distretto della Valsesia, comprensivo della quota extra LEA (Conti Economici: 3100462, 3100464, 3101832 extra-lea);

Al 30/9/2015: il costo è stato pari a €. 3.117.405,97, di cui €. 2.027.142,93,00 Distretto di Vercelli e €. 1.090.263,04 Distretto della Valsesia, comprensivo della quota extra LEA.

Azioni previste e tempistica

Monitoraggio e verifica dei progetti individuali con cadenza almeno annuale o quando ne ricorre la necessità per verificare il setting appropriato in relazione ai bisogni terapeutico-riabilitativi, dei margini di recupero e di reinserimento dei bisogni assistenziali.

Monitoraggio congiuntamente con gli Enti Gestori, entro il 30/6/2016, dei pazienti in struttura residenziale per verificare se le condizioni clinico assistenziali individuano un profilo di cura assimilabile all'anziano non autosufficiente.

Valutazione e aggiornamento della procedura UMVD applicabile sul territorio aziendale entro il 31/3/2016.

PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI – S.C. DISTRETTO DI VERCELLI E S.C. DISTRETTO DELLA VALSESIA

La d.G.R. n. 45-4248 del 30/7/2012 s.m.i. costituisce l'attuale modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti.

L'accesso ai servizi rivolti agli anziani è garantito dall'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) distrettuale, equipe multidisciplinare e multidimensionale che rappresenta uno degli strumenti finalizzati a realizzare l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari.

A seguito delle richieste di valutazione pervenute alla segreteria U.V.G., anche tramite lo Sportello Unico Socio Sanitario, il Dirigente Medico del Distretto e l'Assistente Sociale dell'Ente Gestore di competenza si recano congiuntamente al domicilio del paziente per svolgere, tramite la compilazione delle scale sanitarie di valutazione multidimensionale e la scheda di valutazione sociale, la necessaria indagine sociale e sanitaria finalizzata all'acquisizione degli elementi necessari alla realizzazione del P.I.

La Commissione U.V.G., acquisiti gli esiti dell'indagine socio – sanitaria:

- procede alla valutazione complessiva:
- individua i bisogni sanitari e assistenziali;
- identifica la fascia di intensità assistenziale
- individua la risposta adeguata tra Progetto Domiciliare, Residenziale e Semi-residenziale
- predispone il Progetto Individuale (P.I.)
- monitora la realizzazione e l'andamento dei P.I. tramite una valutazione a campione o in casi specifici per assicurare l'appropriatezza dell'intensità assistenziale erogata.

Per quanto attiene i progetti di residenzialità l'U.V.G., sulla base dei bisogni assistenziali emersi in sede di valutazione, assegna un grado di priorità:

- casi urgenti, valutazione complessiva con punteggio pari o superiore a 24 o con punteggio inferiore qualora in presenza di alta complessità assistenziale sociale e sanitaria o alta complessità sanitaria o gravissimo disagio sociale e/o socio-economico (inserimento entro 90 giorni dalla valutazione)
- casi non urgenti, valutazione sanitaria con punteggio pari o superiore a 13 in presenza di significativi problemi sanitari ma moderati bisogni assistenziali (inserimento entro un anno)
- casi differibili, parziale perdita di autonomia nella gestione della vita quotidiana con presenza di supporto parentale o amicale o reddituale (non ha tempo di risposta ma monitoraggio periodico)

La valutazione U.V.G. è rivolta agli assistiti di età superiore o uguale a 65 anni o di età inferiore in caso di caratteristiche socio sanitarie assimilabili.

I disabili e i pazienti affetti da patologie psichiatriche, dal compimento dei 65 anni di età potranno essere segnalati, dai Servizi o dalle Commissioni che li hanno in carico, all'U.V.G. che procederà alla valutazione come sopra descritta per verificare se le condizioni clinico-assistenziali individuino un profilo di cura assimilabile all'anziano non autosufficiente.

Al 23/10/2015, i Distretti avevano in carico n. 737 anziani non autosufficienti (n. 415 Distretto di Vercelli e n. 322 Distretto della Valsesia) come di seguito:

Strutture residenziali

- Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.): accoglie anziani non autosufficienti ed eroga prestazioni articolate in fasce assistenziali, ognuna delle quali rappresenta uno standard complessivo minimo da garantire in termini di tempi di assistenza giornaliera per ospite sulla base del Progetto Individuale (v. Tabella 1 Livelli Assistenziali d.G.R. 45-4248/2012 allegata)

La tariffa a carico del SSN è pari al 50% (d.G.R. 85-6287 del 2/8/2013)

N. totale pazienti: 713 (n. 404 Distretto di Vercelli e n. 309 Distretto della Valsesia).

- Nucleo Alzheimer temporaneo (N.A.T.): accoglie persone affette da demenza di grado moderato/severo con gravi disturbi comportamentali o severi sintomi psichici e/o problemi sanitari e assistenziali di elevata complessità, provenienti dal proprio domicilio, da R.S.A., dall'ospedale o da altre strutture sanitarie. Costituiscono una modalità di ospitalità temporanea con necessità di intervento terapeutico psico riabilitativo intensivo sulla base di un progetto individuale predisposto dall'U.V.G., mirato al reinserimento nel precedente o all'inserimento in un nuovo percorso di cura .

La tariffa a carico del SSN è pari al 70% (d.G.R. 10-6357 del 17/9/2013 di sospensione della ripartizione al 50% di cui alla d.G.R. 85-6287 del 2/8/2013)

N. totale pazienti: 12 (n. 11 Distretto di Vercelli e n. 1 Distretto della Valsesia).

Strutture semi-residenziali.

- C.D.I. Centro Diurno Integrato inserito in un presidio R.S.A.

N. totale pazienti: 0.

- C.D.I.A Centro Diurno Integrato inserito in un presidio R.S.A

N. totale pazienti: 0.

sono destinate ad anziani parzialmente non autosufficienti o non autosufficienti allo scopo di favorire il recupero o il mantenimento delle capacità psico fisiche residue, al fine di consentire la permanenza della persona al proprio domicilio il più a lungo possibile, offrendo sostegno al nucleo familiare.

La tariffa a carico del SSN è pari al 50% (d.G.R. 85-6287 del 2/8/2013)

- C.D.A.I. Centro Diurno Alzheimer inserito in un presidio R.S.A

N. totale pazienti: 0.

- C.D.A.A. Centro Diurno Alzheimer autonomo

N. totale pazienti: 12 (n. 0 Distretto di Vercelli e n. 12 Distretto della Valsesia).

Destinati a soggetti affetti da Morbo di Alzheimer o altre forme di demenza con diagnosi accertata, al sostegno dei familiari e/o altre persone di riferimento che li assistono al domicilio.

Tramite programmi riabilitativi e socializzanti si persegue l'obiettivo di miglioramento della qualità della vita dell'utente e dei suoi familiari con riduzione del ricorso all'istituzionalizzazione o al suo allontanamento nel tempo.

La tariffa a carico del SSN è pari al 70% (d.G.R. 10-6357 del 17/9/2013 di sospensione della ripartizione al 50% di cui alla d.G.R. 85-6287 del 2/8/2013)

Liste di attesa al 30/10/2015

Residenzialità

Nelle liste di attesa i pazienti sono suddivisi in gradi di priorità, urgente, non urgente e differibile.

N. totale utenti in lista di attesa: 238 - grado di priorità: urgente: n. 25, non urgente n. 34; differibile: n. 179 di cui:

Distretto di Vercelli: 168 (grado di priorità: urgente: n. 18, non urgente: n. 18; differibile: n. 132)

Distretto della Valsesia: 70 (grado di priorità: urgente: n. 7, non urgente: n. 16; differibile: n. 47)

Residenzialità Alzheimer NAT

N. totale utenti in lista di attesa: 6, di cui n. 6 Distretto di Vercelli e n. 0 Distretto della Valsesia.

Semi-residenzialità Alzheimer CDAA

N. totale utenti in lista di attesa: 1, di cui n. 0 Distretto di Vercelli e n. 1 Distretto della Valsesia.

Azioni previste e tempistica

Rivalutazione entro il 15/01/2016 dei pazienti affetti da Alzheimer, in lista di attesa per il Nucleo NAT, con verifica dei progetti individuali in relazione ai bisogni terapeutico-riabilitativi e proposta di progetti alternativi.

Rivalutazione entro il 15/01/2016 dei pazienti affetti da Alzheimer, inseriti nel Nucleo NAT, per verificare se le condizioni clinico-assistenziali individuino un profilo di cura assimilabile all'anziano non autosufficiente.

Monitoraggio, in collaborazione con gli Enti Gestori S.S.A., entro il 30/6/2016, degli utenti con grado di priorità differibile presenti in lista di attesa per un periodo superiore ai 12 mesi e successivamente non rivalutati per contestualizzare la situazione socio-sanitaria.

Valutazione e aggiornamento della procedura UVG applicabile sul territorio aziendale entro il 31/3/2016.

CURE DOMICILIARI – S.C. DISTRETTO DI VERCELLI E S.C. DISTRETTO DELLA VALSESIA

Le Cure Domiciliari non sono organizzate uniformemente nell'ambito dell'Azienda:

Distretto di Vercelli:

L'attività infermieristica viene garantita 365 giorni/anno dalle ore 8.00 alle ore 20.00.

La Centrale Operativa, dotata di personale infermieristico, attiva i giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 17.00, anziché fino alle ore 20.00 come previsto dalla normativa, recepisce tutte le chiamate afferenti alle varie forme di Cure Domiciliari e NDCC.

Distretto della Valsesia:

L'attività infermieristica viene garantita 365 giorni/anno come di seguito:

- Ambito di Borgosesia: i giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 15.27, i giorni prefestivi e festivi con reperibilità ore 8.00 – 14.00;

- Ambito di Gattinara: tutti i giorni, prefestivi e festivi compresi, dalle ore 8.00 alle ore 15.27.

La Centrale Operativa è costituita da due antenne presenti presso le sedi di Sportello Unico di Borgosesia e Gattinara, con orario 8.00 – 15.30. Le chiamate relative alle Cure Domiciliari vengono recepite dal personale amministrativo che le trasferisce alle CC.PP.SS.EE.

Presso le restanti sedi di Sportello Unico (Varallo e Coggiola) il personale amministrativo recepisce le richieste di SID e prestazioni infermieristiche estemporanee e le trasferisce alle C.P.S.I. Cure Domiciliari della sede.

Attività di fisioterapia (FKT):

Distretto di Vercelli:

Sede di Vercelli: n. 5 fisioterapisti dedicati t.p. ai casi ADI

Tempi di attesa: non è garantita la presa in carico entro le 72 ore, per i casi con patologie importanti ma croniche di circa 20gg

Sede di Santhià: n. 1 fisioterapista dedicati t.p. ai casi ADI

Tempi di attesa: non è garantita la presa in carico entro le 72 ore, il tempo di attesa è di circa 7 -10 gg

Distretto della Valsesia:

Sede di Borgosesia: n. 2 fisioterapisti dedicati t.p. ai casi ADI e uno p.t. per il Country Hospital

Tempi di attesa: non è garantita la presa in carico entro le 72 ore, il tempo di attesa è di 7 – 8 gg. per i pazienti dimessi dall'Ospedale, per i restanti casi con patologie importanti ma croniche di 30 – 45 gg.

Sede di Gattinara: n. 2 fisioterapisti dedicati t.p. ai casi ADI

Tempi di attesa: non è garantita la presa in carico entro le 72 ore, il tempo di attesa è di 5 – 7 giorni per i pazienti dimessi dall'ospedale e per i restanti casi con patologie importanti ma croniche 15 – 20 gg.

Criticità attinenti all'erogazione delle prestazioni di fkt:

Sede di Vercelli:

- l'espletamento delle visite domiciliari da parte dello specialista fisiatra, su richiesta del MMG, non segue un calendario con cadenza regolare. Ciò determina l'impossibilità di una regolare programmazione dell'attività dei fisioterapisti con conseguente impossibilità di inserimento graduale dei pazienti e creazione di tempi di attesa;
- utilizzo da parte del MMG dell'Indice di Brass: lo strumento non è indicativo se utilizzato al domicilio, viceversa sarebbe utile il suo utilizzo nei reparti per acuti/post acuti, somministrandolo al momento del ricovero;
- inappropriately delle richieste di visite domiciliari (il cui numero raggiunge i 40 mensili) qualora rivolte a pazienti che, avendo

- riacquistato le competenze motorie, sono in grado di proseguire il trattamento in ambulatorio oppure a pazienti cronicizzati per i quali la massima autonomia possibile è stata raggiunta;
- non rispondenza dell'attività fkt effettuata e documentata dagli atti in giacenza del Servizio, rispetto a quella che risulta registrata e fornita dal Distretto. Ad esempio nell'anno 2014 a fronte di n. 3912: accessi effettuati e documentabili, risultano registrati solo n. 1997 accessi.
 - assenza di percorsi condivisi con i reparti per acuti per la presa in carico dell'utente in dimissione protetta (il paziente viene dimesso senza preavviso e privo del Piano Riabilitativo Individuale);
 - necessità che la Centrale Operativa Cure Domiciliari fornisca agli utenti le informazioni necessarie all'apertura del caso senza rimandare il paziente al fisioterapista coordinatore.

Sede di Santhià:

- assenza di percorsi condivisi con i reparti per acuti per la presa in carico dell'utente in dimissione protetta. Attualmente, la comunicazione avviene mediante la segnalazione di un "possibile caso" con l'invio del PRI (redatto dal fisiatra in regime di acuzie, quando la data di dimissione non è ancora fissata) da parte dell'ambulatorio RRF di VC e qualora il MMG ritenga di accogliere la proposta di setting terapeutico, a cartella domiciliare aperta, la segnalazione è fatta dal personale infermieristico delle cure domiciliari;
- utilizzo da parte del MMG dell'Indice di Brass: lo strumento non è indicativo se utilizzato al domicilio, viceversa sarebbe utile il suo utilizzo nei reparti per acuti/post acuti, somministrandolo all'ingresso;
- organizzazione del personale fisioterapista, condizionata dall'organizzazione medica fisiatrica di agende ambulatoriali, programmazioni di visite domiciliari e presenze/assenze del medico (non sostituito in caso di assenza inferiore a due settimane);
- PRI redatti a mano e non con apposito sistema informatizzato;
- assenza di un sistema informatizzato di archiviazione "PRI ADI" condiviso almeno all'interno della SC RRF. La presenza di tale sistema permetterebbe di impedire al pz di recarsi c/o ambulatori diversi da quello di appartenenza e proseguire cicli terapeutici seppure il fisiatra all'ultimo controllo abbia dichiarato la prognosi conclusa;
- assenza di scale di misura riabilitative funzionali, sia nel PRI sia nella cartella ADI. La non presenza permette di mantenere una grande discrezionalità sia in ambito prescrittivo sia in ambito valutativo fisioterapico;
- scarsa comprensione da parte dell'utente/caregiver sulla definizione degli obiettivi a breve, medio e lungo termine e loro tempistica (l'utente considera il fisioterapista come "indispensabile" *in aeternum* anche nei casi in cui la massima autonomia possibile è stata raggiunta);
- criticità nella prescrizione di ausili in relazione al progetto riabilitativo. Spesso al domicilio sono presenti letti articolati, materassi antidecubito, sollevatori (raramente utilizzati dal caregiver) e carrozzine rigide. Questi presidi sono essenziali nel periodo di completa non autosufficienza del pz, ma risultano inefficaci se si ritiene che il pz possa avere spazi di miglioramento, impedendo ulteriori prescrizioni (da normativa) come i deambulatori e/o carrozzine pieghevoli. S'induce così l'utente a noleggiare e/o acquistare ausili atti a garantire un miglioramento dell'autonomia;
- la responsabilità del ritiro della diaria al domicilio, nei casi di ADI solo riabilitativa, al termine del trattamento deve essere in capo al fisioterapista per favorire la tempestiva registrazione delle prestazioni. Attualmente le diarie vengono riportate al Servizio Cure Domiciliari dal medico di base che registra i propri accessi, pur effettuati a trattamento concluso;
- criticità nella registrazione delle prestazioni fisioterapiche sul flusso C;
- data l'assenza di percorsi strutturati, è assente anche una brochure informativa per l'utenza.

Sede di Borgosesia:

- organizzazione del personale fisioterapista, condizionata dall'organizzazione medica fisiatrica di agende ambulatoriali, programmazioni di visite domiciliari e presenze/assenze del medico (non sostituito in caso di assenza inferiore a due settimane);

Azioni previste e tempistica

Uniformazione sul territorio aziendale delle modalità di erogazione del Servizio Cure Domiciliari, con assegnazione del personale infermieristico necessario a garantire l'attività dalle ore 8 alle ore 20 / 365 giorni all'anno. Scadenza: 31/12/2016.

Revisione del progetto di riorganizzazione dell'attività riabilitativa dell'ASL VC (Progetto 2013.00 Riorganizzazione RRF rev. 9). Scadenza: 30/06/2016.

Verifica delle modalità di registrazione delle prestazioni di fisioterapia nel flusso C. Scadenza: 31/12/2015.

Verifica delle registrazioni in SAO ADI delle prestazioni di fkt. Scadenza: 31/12/2015.

AZIONI	Resp.	Scadenza	
1. Individuare le diverse tipologie di setting pz di assistenza residenziale/se-miresidenziale (per anziani, minori, ecc.)	Direttori di Distretto e SS.CC coinvolte	20.11.2015	✓
PAZIENTI PSICHIATRICI 2. Entro il 15/11/2015 la S.C. Psichiatria, in ottemperanza alla D.G.R. 30-1517 del 3 giugno 2015, di riordino della rete dei servizi residenziali psichiatrici, provvederà alla rivalutazione dei pazienti ospiti delle diverse strutture al fine di monitorare l'appropriatezza del ricorso ai servizi di residenzialità psichiatrica identificando il setting più idoneo in considerazione dei bisogni terapeutico-riabilitativi, dei margini di recupero e di reinserimento, dei bisogni assistenziali, del contesto sociale, della presenza di eventuali fenomeni di cronicizzazione.	Direttore SC Psichiatria	15.11.2015	✓
PAZIENTI CON DIPENDENZE 3. Prosecuzione dell'attività di verifica in essere con valutazione continua dei pazienti inseriti e sottoscrizione ogni tre mesi del Piano Terapeutico Individualizzato con gli operatori della comunità per verificare il setting più appropriato in relazione ai progressi o alle criticità emersi ma soprattutto in presenza di eventuali fenomeni di cronicizzazione.	Direttore SC Ser.D	31.12.2016	

DISABILI 4.1 Monitoraggio e verifica dei progetti individuali con cadenza almeno annuale o quando ne ricorre la necessità per verificare il setting appropriato in relazione ai bisogni terapeutico-riabilitativi, dei margini di recupero e di reinserimento dei bisogni assistenziali. 4.2 Monitoraggio congiuntamente con gli Enti Gestori, entro il 30/6/2016, dei pazienti in struttura residenziale per verificare se le condizioni clinico assistenziali individuano un profilo di cura assimilabile all'anziano non autosufficiente. 4.3 Valutazione e aggiornamento della procedura UMVD applicabile sul territorio aziendale entro il 31/3/2016.	Direttori di Distretto e SS.CC. coinvolte	Azione 4.1 31/12/2016	
		Azione 4.2 30/06/2016	
		Azione 4.3 31/03/2016	
ANZIANI 5.1 Rivalutazione entro il 15/01/2016 dei pazienti affetti da Alzheimer, in lista di attesa per il Nucleo NAT, con verifica dei progetti individuali in relazione ai bisogni terapeutico-riabilitativi e proposta di progetti alternativi. 5.2 Rivalutazione entro il 15/01/2016 dei pazienti affetti da Alzheimer, inseriti nel Nucleo NAT, per verificare se le condizioni clinico-assistenziali individuino un profilo di cura assimilabile all'anziano non autosufficiente. 5.3 Monitoraggio, in collaborazione con gli Enti Gestori S.S.A., entro il 30/6/2016, degli utenti con grado di priorità differibile presenti in lista di attesa per un periodo superiore ai 12 mesi e successivamente non rivalutati per contestualizzare la situazione socio-sanitaria. 5.4 Valutazione e aggiornamento della procedura UVG applicabile sul territorio aziendale entro il 31/3/2016.	Direttori Distretti	Azione 5.1 31/01/2016	
		Azione 5.2 31/01/2016	
		Azione 5.3 30/06/2016	
		Azione 5.4 31/03/2016	
CURE DOMICILIARI 6.1 Uniformazione sul territorio aziendale delle modalità di erogazione del Servizio Cure Domiciliari con assegnazione del personale infermieristico necessario a garantire l'attività dalle ore 8 alle ore 20 365 giorni all'anno 6.2 Revisione del progetto di riorganizzazione dell'attività riabilitativa dell'ASL VC (Progetto 2013.00 Riorganizzazione RRF rev. 9) 6.3 Verifica delle modalità di registrazione delle prestazioni di fisioterapia nel flusso C. 6.4 Verifica delle registrazioni in SAO ADI delle prestazioni di fkt.	Direttori Distretti e SS.CC. coinvolte	Azione 6.1 31/12/2016	
		Azione 6.2 30/06/2016	
		Azione 6.3 31/1/2016	
		Azione 6.4 31/1/2016	
IMPATTO ATTESO			
Vantaggi per l'azienda	Miglioramento della qualità dell'assistenza territoriale e adeguamento del rapporto costi-benefici per gli interventi		
Consumo di risorse	Impegno delle risorse attualmente in dotazione e da valutarsi da parte del SITROP		
Vantaggi per l'utente	Consolidamento e miglioramento dei percorsi terapeutico-riabilitativi e della rete di assistenza territoriale.		
Documenti di riferimento/Allegati	-----		
Unità operative aziendali che saranno coinvolte	Distretti; altre funzioni aziendali secondo necessità		
Eventuali attori esterni all'azienda che saranno coinvolti (es. EELL, altre aziende sanitarie, privati ecc.)	Strutture per anziani non autosufficienti RSA, Privato convenzionato, Enti gestori S.S.A.		

3 - MACROPROGETTO RESIDENZIALITÀ

Responsabile di Macroprogetto	Dr.sa Gennarina Rista Direttore SC Distretto della Valsesia gennarina.rista@aslvc.piemonte.it
Progetto n°: 3.3 Hospice	
Sottolivello assistenziale:	Assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale ai malati terminali
Project Leader:	Dr. Giorgio Delzanno Dirigente Medico Responsabile SSD Cure palliative e Hospice giorgio.delzanno@aslvc.piemonte.it
Corresponsabili:	Dott.ssa Tina Catavulturo

OBBIETTIVO GENERALE

Riorganizzare l'attività aziendale di Hospice a fronte delle criticità emerse (vd. razionale).

Razionale

Allo stato attuale nell'ASL VC sono attivi un Hospice di 10 p.l. con sede nel Presidio Sanitario Polifunzionale (PSP) di Gattinara e 7 p.l. di acuzie di Degenza Ordinaria Multidisciplinare (DOM) nel Presidio Ospedaliero di Vercelli.

La DOM è di un'area multidisciplinare di degenza ordinaria ospedaliera istituita nel giugno 2012 dalla precedente Direzione (D.D.G. n. 90 del 12.06.2012) riservata a quei pazienti in fase terminale, non necessariamente a causa di una patologia oncologica, che per motivi sociali, familiari, psicologici e assistenziali non possano essere dimessi al domicilio (pazienti soli, con unico familiare anziano o comunque incapace di prestare la dovuta assistenza; presenza di bambini all'interno del nucleo familiare; impossibilità per la famiglia a spostarsi dalla città di Vercelli; netto rifiuto del paziente ad accedere all'Hospice di Gattinara). La DOM era stata quindi attivata con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale nella fase terminale della malattia prestando ascolto anche alle istanze espresse dai portatori di interesse (cittadini residenti a Vercelli e nei Comuni limitrofi) rispetto all'effettiva possibilità di utilizzare in concreto l'Hospice di Gattinara, posto perifericamente rispetto all'Ospedale aziendale di I livello e alle zone di maggiore densità abitativa.

Presso la DOM vengono trasferiti i pazienti che presentano precisi requisiti clinici, già degenti presso altre strutture dell'Ospedale e che restano amministrativamente in carico alle rispettive Strutture di provenienza fino alla dimissione. Pertanto la DOM non utilizza un centro di costo ospedaliero specifico, né rientra attualmente nell'ambito dei flussi dell'attività dell'Hospice, ma utilizza i centri di costo dei reparti di provenienza. I letti di DOM, infatti, rimangono nominalmente a carico delle SS.CC. ospedaliere come da delibera n. 90 del 12/06/2012.

La DOM, di fatto, è comunque un'area multidisciplinare a bassa complessità clinica e media intensità assistenziale, che svolge attività complementare ed integrata all'Ospedale e alle Cure Domiciliari.

Da un punto di vista strettamente tecnico, la gestione clinica dei pazienti rimane in capo ai medici della Struttura di degenza presso cui il paziente era e rimane di fatto ricoverato, mentre la gestione infermieristica e di supporto viene garantita da personale afferente alla SC Pneumologia.

Entrambe le degenze (DOM e Hospice), pur nella diversità dell'attuale regime assistenziale ed organizzativo, soddisfano un bisogno assistenziale di prossimità al domicilio che si esprime del fine vita, caratteristico del contesto locale, che non può essere ignorato (anche nel tentativo di dare una risposta vicina ai principi del legislatore così come espressi nella Legge 38/2010).

Tra gli elementi di rilievo da cui scaturisce la presente nota si segnala che l'apertura della DOM ha determinato una riduzione dell'occupazione media dei posti letto in Hospice a Gattinara, attualmente attestata attorno al 70% ±5 dei 10 letti disponibili.

Alla luce dei valori di degenza media rilevati su base annua per 3 anni consecutivi (2012-2014) si evidenzia una disponibilità in esubero di letti nel PSP di Gattinara (n. 10 p.l. attualmente) nonostante il 10% circa di ricoveri in Hospice sia attribuibile a malati non oncologici. In tale sede, pertanto, alla luce delle valutazioni effettuate, viene ritenuta congrua un'offerta di 8 letti di Hospice con una conseguente proiezione del tasso di occupazione su base annua del 90% circa.

AZIONI	Resp.	Scadenza	
1. Richiedere alla Direzione Sanità di specificare il fabbisogno dei posti letto di Hospice dell'ASL VC	Direzione Generale	15.9.2015	✓
2. Predisporre una proposta aziendale di riorganizzazione dei p.l. Hospice che tenga in considerazione le criticità locali rilevate e gli interventi di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale. [NOTA: A fronte di quanto è emerso dall'analisi della SSD Hospice e in considerazione del fatto che nella DOM sono disponibili 7 letti di degenza, si propone di "traslocare" 2 p.l. dell'Hospice di Gattinara nella sede DOM di Vercelli e di valutare l'opportunità di autorizzare i residui 5 letti di DOM quali letti di Hospice a tutti gli effetti, come di fatto sono utilizzati. In tal modo la dotazione aziendale di p.l. di Hospice incrementerebbe da 10 p.l. a complessivi 15 letti, assegnati ad una struttura territoriale "Hospice" unica dislocata su due sedi. Tale proposta permetterebbe di garantire una uniformità di gestione e di soddisfare al meglio le esigenze dei malati terminali rispetto all'accessibilità del servizio.]	Resp. Cure palliative e Hospice in collaborazione con Direzione Medica	30.9.2015	✓
3. Sottoporre la proposta al parere regionale competente, una volta acquisita la risposta regionale relativa al fabbisogno (azione 1)	Direzione Generale	31.03.2016	

4. Avvio delle attività di implementazione come da indicazioni regionali	Resp. Cure palliative e Hospice in collaborazione con Direzione Medica e Distretti	31.12.2016	
IMPATTO ATTESO			
Vantaggi per l'azienda	Miglioramento del tasso di occupazione dell'Hospice Messa a norma dell'attività erogata in DOM		
Consumo di risorse	L'impegno di risorse umane stimato per mettere a norma come letti di Hospice secondo la bozza di progetto redatta entro il 30.9.2015 (ALL. 3.3.1) troverebbe copertura finanziaria nell'ambito delle risorse aziendali disponibili, anche tramite il supporto di Terzi già attivi sul territorio in ambito oncologico e palliativo. Le risorse economiche per l'adeguamento degli spazi potranno essere quantificate allorquando si addiverrà alla loro individuazione all' interno del P.O. di Vercelli		
Vantaggi per l'utente	Miglioramento dell'assistenza nella fase del fine vita Miglioramento dell'accessibilità ai p.l. di Hospice		
Documenti di riferimento/Allegati	DOCUMENTI AGLI ATTI PRESSO L'ARCHIVIO DI PROGETTO A CURA DEL PROJECT LEADER: Bozza di progetto "ALL. 3.3.1 Progetto dom to hospice rev2 GD"		
Unità operative aziendali che saranno coinvolte	Direzione Medica (e, per suo tramite, le strutture ospedaliere interessate al trasferimento dei malati in Hospice), Distretti		
Attori esterni all'azienda che saranno coinvolti (es. EELL, altre aziende sanitarie, privati ecc.)	Terzi privati attivi in ambito oncologico		

4 - MACROPROGETTO FARMACI, ASSISTENZA INTEGRATIVA E PROTESICA

Responsabile di Macroprogetto	Dott.ssa Alessia Pisterna Direttore S.C. Farmaceutica Territoriale alessia.pisterna@aslvc.piemonte.it
OBIETTIVI GENERALI	
<p>Gli obiettivi generali del progetto sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ implementare le azioni collegate all'utilizzo razionale ed appropriato dei farmaci nell'ASL, rivedendo ed ottimizzando le azioni di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale, supportando il percorso della prescrizione all'interno dell'ospedale e, soprattutto, alla dimissione e nella continuità sul territorio▪ sviluppare azioni di contenimento della spesa integrativa e protesica erogata attraverso le farmacie ed i negozi convenzionati, con interventi di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva▪ implementare la distribuzione diretta del primo ciclo di terapia, come farmaci e presidi, nel rispetto della vigente normativa▪ attuare una dettagliata analisi dei dati relativi ad assistiti, prestazioni e costi per l'assistenza protesica	
ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO	
<p>Il macroprogetto è articolato su tre progetti:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Farmaceutica Territoriale (progetto 4.1) <i>Project Leader:</i> Dott.ssa Alessia Pisterna <i>Corresponsabili:</i> Dott.ssa Rossana Monciino, Dott.ssa Andrealuna Ucciero▪ Farmaceutica Ospedaliera (progetto 4.2) <i>Project Leader:</i> Dott.ssa Silvia Bonetta <i>Corresponsabili:</i> Dott.ssa Antonella Barbieri▪ Integrativa e Protesica (progetto 4.3) <i>Project Leader:</i> Dott.ssa Patrizia Conti <i>Corresponsabili:</i> Dott.ssa Francesca Gallone, Dott.ssa Gennarina Rista, Dott.ssa Maddalena Galante <p>Per la descrizione dei progetti si vedano le pagine che seguono.</p>	

4 - MACROPROGETTO FARMACI, ASS. INTEGRATIVA E PROTESICA

Responsabile di Macroprogetto	Dott.ssa Alessia Pisterna Direttore S.C. Farmaceutica Territoriale alessia.pisterna@aslvc.piemonte.it
--------------------------------------	---

Progetto n°: 4.1 Interventi di Assistenza Farmaceutica Territoriale

Sottolivello assistenziale:	Assistenza farmaceutica – assistenza erogata tramite le farmacie convenzionate
Project Leader:	Dott.ssa Alessia Pisterna Direttore SC Farmaceutica territoriale alessia.pisterna@aslvc.piemonte.it
Corresponsabili:	Dott.ssa Rossana Monciino, Dott.ssa Andrealuna Uccisero (S.C. Farmaceutica Territoriale)

OBIETTIVI GENERALI

Gli obiettivi generali del progetto sono i seguenti:

- mantenimento del tetto regionale 2014 di cui alla DGR 17-7488 per tutte le voci di spesa, ad esclusione di quella della distribuzione per conto;
- implementazione delle azioni collegate alla distribuzione diretta dei farmaci del Prontuario H-T (PH-T), in modo tale da poter abbattere il maggior costo derivante dalla DPC, mantenendo in essere tutte le azioni di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica.

Razionale

Storicamente la spesa farmaceutica territoriale per ASL "VC" era di molto superiore a quella delle altre realtà regionali ed il dato pro-capite completamente disallineato.

A fronte del lavoro congiunto di collaborazione tra i farmacisti della S.C. Farmaceutica Territoriale dell'ASL "VC", i Distretti, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, si sono raggiunti importanti obiettivi di riduzione della spesa e di appropriatezza prescrittiva.

A partire dal mese di gennaio 2013 è stato raggiunto l'allineamento del valore della spesa lorda convenzionata pro-capite, per farmaci ed integrativa, al dato regionale e la riduzione progressivamente ottenuta è rappresentata nelle due tabelle (tab. 1 e 2, Fonte dati: flusso CNU_CSI Piemonte), con il confronto in termini di diminuzione percentuale, rispetto a Regione Piemonte:

Tabella 1 – Andamento spesa farmaceutica Regione Piemonte e ASL "VC"

Spesa lorda (con integrativa)	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Regione Piemonte	1.028.911.375,01	996.876.173,07	940.844.512,43	886.090.423,05	869.995.536,93	855.346.535,26
ASL "VC"	44.135.317,40	40.459.161,14	39.078.994,90	35.578.739,56	34.584.590,14	33.530.538,20

Tabella 2 – Andamento spesa farmaceutica Regione Piemonte e ASL "VC" - scostamento % vs anno precedente

Spesa lorda (con integrativa)	Δ % 2010 vs 2009	Δ % 2011 vs 2010	Δ % 2012 vs 2011	Δ % 2013 s 2012	Δ % 2014 vs 2013
Regione Piemonte	-3,11	-5,62	-5,82	-1,82	-1,68
ASL "VC"	-8,33	-3,41	-8,96	-2,79	- 3,05

Nel corso del 2015 si è nuovamente registrata un'inversione ed il dato cumulativo gennaio agosto 2015, di spesa pro-capite netta pesata, relativamente alla convenzionata farmaci, è attualmente pari ad € 95,91 (+1,9% rispetto alla Regione, Fonte dati: flusso CNU_CSI Piemonte).

In considerazione del fatto che la spesa territoriale è composta dalla farmaceutica convenzionata, dalla distribuzione diretta fascia A (DD) e dalla distribuzione per conto (DPC) le azioni da programmare nell'ambito del Progetto del Territorio devono tenere conto dell'andamento dei tre parametri sopra citati e di quelli che sono i tetti di spesa fissati da Regione Piemonte con DGR n. 17-7488 del 23.4.2014.

In particolare l'andamento della spesa farmaceutica territoriale relativo ai primi nove mesi di quest'anno evidenzia, per ASL "VC", il sostanziale mantenimento del tetto regionale 2014 di cui alla DGR 17-7488 per tutte le voci di spesa, ad esclusione di quella della distribuzione per conto.

Nella sottostante tabella è riportato l'andamento dei conti della DPC negli ultimi anni, da cui si evince che per il solo servizio reso dalle farmacie verrà versato un importo pari a circa € 800.000/anno:

Tabella 3 – Andamento conti economici DPC

Periodo	Costo servizio DPC	Costo acquisto farmaci DPC	Δ costo servizio vs anno precedente %	Δ economico servizio vs anno precedente
2012	€ 577.132,81	€ 3.323.334,82		
2013	€ 582.118,09	€ 3.502.249,69	0,86	€ 4.985,28
2014	€ 682.024,45	€ 3.713.117,23	17,16	€ 99.906,36
gennaio-settembre 2015	€ 600.650,87	€ 3.032.868,00		
proiezione 2015	€ 800.867,83	€ 4.043.824,00	17,43	€ 118.843,38

INTERVENTI – Dettaglio in Allegato 4.1.1		Resp.	Scadenza	
1. Monitoraggio dei profili prescrittivi		Direttore S.C. Farmaceutica Territoriale/ Direttore Distretto Vercelli/Direttore Sanitario	In corso	✓
2. Distribuzione diretta alle strutture residenziali assistenziali (RSA)		Direttore S.C. Farmaceutica Territoriale/ Direttore Distretto Vercelli	Implementazione	
3. Distribuzione Diretta dopo visita ambulatoriale		Direttore S.C. Farmaceutica Territoriale/ Responsabile Poliambulatori/ Specialisti Cardiologia (Dott. Salis, Dott.ssa Mirabelli) e Reumatologia (Dott.ssa Binelli, Dott.ssa Pagliolico)	In corso progetto pilota	
4. Distribuzione diretta Eparine a Basso Peso Molecolare (EBPM)		Direttore S.C. Farmaceutica Territoriale/ Specialisti ospedalieri/ Dott. Moschella e Dott.ssa Gabrielli (Pronto Soccorso)	In corso progetto pilota	
5. Percorso educazionale "Non uso responsabile degli antibiotici"		Dott. Livio Barberis	Entro 30.6.2016	
IMPATTO ATTESO				
Vantaggi per l'azienda	<p>Riduzione della spesa farmaceutica e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, parametri che verranno quantificati dopo un periodo di attività non inferiore ai sei mesi.</p> <p>Indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N° di terapie erogate/totale accessi ambulatori cardio e reuma ultimo trim 2015 vs N° di terapie erogate/totale accessi ambulatori cardio e reuma ultimo trim 2014 (dati flusso file F, codice 02, fonte dati CdG) ▪ N° eparine a basso peso molecolare (EBPM) in distribuzione diretta (DD) vs distribuzione presso le farmacie convenzionate + distribuzione per conto (DPC) nell'ultimo trimestre 2015 vs N° EBPM in DD vs conv+DPC ultimo trim 2014 per codici fiscali in dimissione da reparti ASL Vercelli (dati flusso file F, codice 01, centri di costo reparti e file F DPC, fonte dati SC Programmazione e controllo di gestione; database della SC Farmaceutica Territoriale per la spesa convenzionata, fonte dati S.C. Farmaceutica Territoriale) ▪ N° EBPM in DD dopo dimissione da Pronto Soccorso vs totale pazienti dimessi dal PS ▪ Incremento n° RSA inserite nel percorso ed analisi costi (file F codice 04 per centro di costo ed incrocio dati convenzionata e DPC per codici fiscali erogati) 			
Consumo di risorse	<p>N. 1 unità di personale farmacista dedicato al monitoraggio dei profili prescrittivi ("Farmacista di distretto")</p> <p>N. 1 unità di personale farmacista dedicato alla distribuzione diretta dopo visita ambulatoriale e dopo dimissione</p> <p>N. 1 unità di personale farmacista dedicato al percorso di distribuzione diretta presso le RSA</p>			
Vantaggi per l'utente	Miglioramento dell'appropriatezza dei farmaci assunti; semplificazione dell'accesso ai farmaci prescritti alla dimissione da ricovero o dopo visita ambulatoriale			
Documenti di riferimento/Allegati	<p>DOCUMENTI AGLI ATTI PRESSO L'ARCHIVIO DI PROGETTO A CURA DEL PROJECT LEADER:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Allegato 4.1.1 Interventi Farmaceutica Territoriale ▪ Allegato 4.1.2 Analisi dimissioni_ambulatorio Cardio ▪ Allegato 4.1.3 Analisi dimissioni_ambulatorio Reuma ▪ Allegato 4.1.4 Scheda Terapia ▪ Allegato 4.1.5 Locandina progetto Antibiotici PLS ▪ Normativa DGR n. 17-7488 del 23 aprile 2014 Attuazione P.O. Farmaceutica Territoriale DGR n. 26-6900 del 18 dicembre 2013_Nuovo accordo DPC Regione Piemonte DGR n. 85-6287 del 2 agosto 2013_RSA 			
Unità operative aziendali che saranno coinvolte	Distretti, Reparti chirurgici e Pronto Soccorso, Cardiologia, Reumatologia, Farmacia Ospedaliera			

4 - MACROPROGETTO FARMACI, ASS. INTEGRATIVA E PROTESICA

Responsabile di Macroprogetto	Dott.sa Alessia Pisterna Direttore SC Farmaceutica territoriale alessia.pisterna@aslvc.piemonte.it		
Progetto n°: 4.2 Interventi di Assistenza farmaceutica ospedaliera			
Sottolivello assistenziale:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistenza ospedaliera – Assistenza ospedaliera per acuti in degenza ordinaria, in day hospital e day surgery ▪ Assistenza distrettuale – Assistenza ambulatoriale specialistica Con ricadute anche su ▪ Assistenza farmaceutica – assistenza erogata tramite le farmacie convenzionate 		
Project Leader:	Dott.ssa Silvia Bonetta Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera silvia.bonetta@aslvc.piemonte.it		
Corresponsabili:	Dott.ssa Antonella Barbieri (Farmacista Dirigente S.C. Qualità e appropriatezza prescrittiva)		
OBIETTIVI GENERALI			
Gli obiettivi generali del progetto sono i seguenti:			
<ol style="list-style-type: none"> 1) ottimizzare l'uso del farmaco in ospedale in termini di appropriatezza prescrittiva e d'uso e di sicurezza del trattamento; 2) contenere la spesa farmaceutica ospedaliera. 			
Razionale			
<p>Il Piano di rientro 2010 – 2012 e relativo Addendum, di cui alle D.G.R. n. 44-1615 del 28/2/2011 e D.G.R. n. 49-1985 del 29/4/2011, avevano individuato i diversi fattori di spesa specificando gli obiettivi di contenimento e le singole azioni concretamente realizzabili per il raggiungimento degli obiettivi medesimi e l'impatto finanziario correlato.</p> <p>Successivamente la Regione, a seguito delle valutazioni emerse in sede di tavolo ministeriale di verifica sull'attuazione del Piano di rientro, per non compromettere l'attribuzione in via definitiva delle risorse finanziarie, ha predisposto i Programmi Operativi per il triennio 2013 - 2015, approvati con DGR n. 25-6992 del 30.12.2013.</p> <p>In particolare il Programma 17 (Assistenza farmaceutica) ha previsto alcuni interventi di razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera, evidenziando specifiche azioni mirate all'appropriatezza prescrittiva per l'uso dei farmaci in ospedale, con ricadute alla dimissione.</p>			
AZIONI - Dettaglio in Allegato 4.2.1			
1. Appropriata prescrittiva		Resp.	Scadenza
Monitoraggio trimestrale (anche attraverso la produzione di report) dei farmaci prescritti alla dimissione, con particolare riferimento ai biosimilari dei fattori di crescita granulocitari e delle eritropoietine, delle eparine a basso peso molecolare, dei farmaci inibitori di pompa protonica		Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera/ Tutti i reparti	dal I trimestre 2016
2. Continuità assistenziale		Resp.	Scadenza
Stesura e applicazione di PDTA sul trattamento della TVP		Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera/Gruppo di lavoro <i>ad hoc</i>	da gennaio 2016
3. Sicurezza del trattamento farmacologico		Resp.	Scadenza
Monitoraggio trimestrale, attraverso la produzione di reportistica strutturata, degli eventi avversi da farmaci (ADR)		Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera/Dott. Giordano/Dott. Corgnati	dal I trimestre 2016
IMPATTO ATTESO			
Vantaggi per l'azienda	<p>Azione 1: monitoraggio degli indicatori individuati dalla regione nell'ambito delle azioni previste dai Programmi Operativi</p> <p>Azione 2: monitoraggio degli indicatori individuati nel percorso sul trattamento della TVP relativamente all'appropriatezza prescrittiva delle EBPM (indicatore di processo che misura la capacità di governare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci);</p> <p>Azione 3: presenza di reportistica trimestrale (indicatore di processo che misura la capacità di garantire la sicurezza del trattamento farmacologico).</p>		
Consumo di risorse	1 Farmacista, tra i dirigenti presenti in ASL, dedicato al monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva		
Vantaggi per l'utente finale	<p>Garantire agli assistiti percorsi di continuità assistenziale, facilità di accesso, omogeneità di cure. Rispettare i livelli essenziali di assistenza e le indicazioni terapeutiche previste dall'autorizzazione all'immissione in commercio dei medicinali.</p> <p>Adottare forme e criteri di maggiore efficienza e sicurezza nella somministrazione dei medicinali.</p>		
Documenti di riferimento/Allegati	<p>DOCUMENTI AGLI ATTI PRESSO L'ARCHIVIO DI PROGETTO A CURA DEL PROJECT LEADER: Allegato 4.2.1 Interventi Farmaceutica Ospedaliera</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ DECRETO 30 aprile 2015: Procedure operative e soluzioni tecniche per un'efficace azione di farmacovigilanza adottate ai sensi del comma 344 dell'articolo 1 della legge 24 dicembre 2012, n. 228 (Legge di stabilità 2013). ▪ DGR n. 53-7644 del 21 maggio 2014: Spesa farmaceutica ospedaliera. Attuazione Programmi Operativi 2013 - 2015: Intervento 17.1 "Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera". ▪ DGR n. 25-6992 del 30 dicembre 2013: Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 		
ASL VC	PAT 2016 (DIS.PR.G.1850.00).doc		51/67
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			

	<p>predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ DD n. 165 dell'1 marzo 2011: Attuazione del Piano di Rientro. Appropriatelyzza e razionalizzazione di utilizzo dei farmaci oncologici ed oncoematologici ad alto costo. ▪ Ministero della Salute in collaborazione con SIFO, AIOM, FOFI e EAHP. Il Farmacista di Dipartimento quale strumento per la prevenzione degli errori in terapia e l'implementazione delle politiche di Governo clinico in ambito oncologico. Roma, 2011.
Unità operative aziendali che saranno coinvolte	Direzione Medica, Distretti, Risk Management, Gruppi Interdisciplinari Cure, Gruppi di lavoro multidisciplinari istituiti <i>ad hoc</i> .
Eventuali attori esterni all'azienda che saranno coinvolti	Ordine dei Medici e dei Farmacisti (per la Farmacovigilanza).

4 - MACROPROGETTO FARMACI, ASS. INTEGRATIVA E PROTESICA

Responsabile di Macroprogetto	Dott.sa Alessia Pisterna Direttore SC Farmaceutica territoriale alessia.pisterna@aslvc.piemonte.it		
Progetto n°: 4.3 Interventi di Assistenza Integrativa e protesica			
Sottolivello assistenziale:	Assistenza farmaceutica – assistenza integrativa		
Project Leader:	Dott.ssa Patrizia Conti Dirigente Medico Distretto di Vercelli - patrizia.conti@aslvc.piemonte.it		
Corresponsabili:	Dott.ssa Francesca Gallone (Direttore Distretto Vercelli), Dott.ssa Gennarina Rista (Direttore Distretto Valsesia), Dott.ssa Maddalena Galante (Farmacista Dirigente S.C. Farmaceutica Territoriale)		
OBIETTIVO GENERALE			
Gli obiettivi del progetto sono i seguenti: <ul style="list-style-type: none"> ▪ attuare una dettagliata analisi dei dati relativi ad assistiti, prestazioni e costi; ▪ mettere in atto interventi di razionalizzazione della spesa per l'assistenza protesica; ▪ sviluppare di azioni di monitoraggio e controllo nell'ottica di evitare sprechi e ulteriori aggravii di spesa. 			
Razionale			
L'invecchiamento della popolazione (ASL VC composta da 92 Comuni con una popolazione di 173.309 abitanti; Distretto di Vercelli, composto da 45 comuni con una popolazione di 102.582 abitanti di cui il 26% di età superiore ai 65 anni), l'aumento della prevalenza delle patologie croniche ad esso correlate e l'esigenza di rispondere a nuovi bisogni in termini di qualità della vita dei pazienti disabili, determinano una crescita, costante nel tempo, del numero degli assistiti che accedono all'assistenza protesica, pongono l'esigenza di assicurare risposte efficaci, appropriate e sostenibili agli assistiti che richiedono l'erogazione delle protesi, presidi e ausili nel rispetto dei vincoli economici dettati dal budget distrettuale.			
AZIONI			
	Resp.	Scadenza	
1. Creazione di report dei dati relativi <i>alle prescrizioni di protesica ed integrativa</i> (pazienti/costi) redatto e condiviso da tutte le parti coinvolte (Distretti, S.C. Farmaceutica Territoriale, S.C. Farmaceutica Ospedaliera)	Direttori Distretto/Direttore S.C. Farmaceutica Territoriale/S.C. Farmacia Ospedaliera	31.12.2015	
2. Sviluppo e implementazione dell'utilizzo degli strumenti informatici finalizzati all'ottimizzazione dell'appropriatezza prescrittiva di ausili e presidi; si propone di abilitare gli Specialisti Aziendali maggiormente coinvolti nella prescrizione di ausili protesici all'utilizzo dell'applicativo Informatico Regionale_Protes per la consultazione della scheda utente al momento della prescrizione dell'ausilio richiesto	Direttori Distretto con la collaborazione delle funzioni competenti/di supporto	30.6.2016	
3. Implementazione della distribuzione diretta di dispositivi monouso per assorbenza, materiale per stomie e cateteri, materiale di medicazione al costo della fornitura diretta; coinvolgimento delle Strutture (RSA) insistenti sul nostro Territorio; individuazione degli assistiti; stesura di procedure ad hoc	Direttori Distretto con la collaborazione delle funzioni competenti/di supporto	31.12.2016	
4. Definizione delle caratteristiche di prestazioni (farmaci, protesica, integrativa) e pazienti ospiti nelle strutture afferenti ad ASL "VC" residenti fuori ASL: mappatura della tipologia delle strutture, predisposizione di specifica scheda e registrazione in file F	Distretto/S.C. Farmaceutica Territoriale/S.C. Farmacia Ospedaliera/S.C. Sistemi Informativi	31.03.2016	
5. Revisione dei piani terapeutici per l'assorbenza ai sensi della D.G.R. 12 gennaio 2015, n.20-891	Direttori Distretto, MMG con la collaborazione delle funzioni competenti/di supporto (Specialisti Ospedalieri e Sumaisti ASL VC)	31.12.2016	
6. Predisposizione di procedura finalizzata alla fornitura di ausili alla dimissione dall'Ospedale	Direttori Distretto/Direzione Medica di Presidio	31.03.2016	

IMPATTO ATTESO	
Vantaggi per l'azienda	<p>1. Il monitoraggio costante dei dati attraverso stesura di idonea reportistica permette di intervenire tempestivamente sulle criticità rilevate e consente di razionalizzare la spesa protesica; il monitoraggio del costo medio/assistito consente di ridurre le differenze interdistrettuali e di comprendere meglio le differenze di spesa tra le diverse forme di distribuzione dei dispositivi.</p> <p>2. La consultazione della scheda individuale del paziente contenente i Dispositivi Protesici già a carico dello stesso consente al momento della nuova prescrizione la valutazione degli ausili necessari o meno permettendo pertanto anche il ritiro di quelli non più idonei ed implementando il magazzino degli Ausili.</p> <p>3. Ipotesi attuativa dell'implementazione della distribuzione diretta di dispositivi monouso per assorbenza, materiale per stomie e cateteri, materiale di medicazione che consentirebbe <i>la diminuzione del costo medio per assistito</i>, in accordo con la normativa vigente; l'applicazione della D.G.R. 85-6287 del 2 agosto 2013 "Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale..." prevede, infatti, la fornitura diretta degli ausili di cui all'elenco 2 e 3 del DM 332/99 (Nomenclatore tariffario vigente) <i>agli assistiti ospiti di R.S.A.</i> attraverso ditte aggiudicatrici di gara invece che fornitura in forma indiretta tramite negozi autorizzati/farmacie a costi superiori: al momento presso le strutture per non autosufficienti la fornitura è mista (diretta e indiretta).</p> <p>E' in corso l'estrazione dei nominativi degli ospiti delle R.S.A. che utilizzano la fornitura indiretta per l'attuazione di quanto riportato nella D.G.R. sopra richiamata.</p> <p>4. La revisione dei piani terapeutici per l'assorbenza permette il miglioramento dell'appropriatezza e la razionalizzazione della spesa.</p> <p>5. La predisposizione di una procedura finalizzata alla fornitura di ausili alla dimissione dall'Ospedale consente di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ottimizzare appieno la durata della degenza ospedaliera ai fini diagnostico-terapeutici riducendone la durata complessiva e contenendo i ricoveri impropri e/o ripetuti; - migliorare il percorso di erogazione di ausili non personalizzati affinché sia efficiente nell'ambito dell'economia aziendale, per meglio governare/utilizzare le risorse; - rendere le due funzioni, ospedaliera e territoriale, più flessibili ed integrate; - ridurre presso il domicilio del paziente, i tempi di attesa necessari per l'attivazione dell'assistenza protesica ed integrativa; - attuare gli obiettivi specifici di cui alla DGR 26-1653/2015 : "Interventi per il riordino della rete territoriale del Servizio Sanitario Regionale".
Consumo di risorse	Per tutte le azioni descritte non sono previsti incrementi di consumi, ma un utilizzo più efficiente delle risorse. La somma delle azioni sopra descritte potrebbe portare ad un risparmio atteso pari ad € 300.000, corrispondente ad un valore di spesa media netta pro-capite integrativa e protesica, pesata da riparto, di € 34. L'ultimo tetto fissato da Regione Piemonte (D.G.R. n. 53-1624 del 28 febbraio 2011 – Attuazione Piano di Rientro: Assistenza Integrativa e Protesica. Disposizioni) è di € 40.
Indicatore	Vd. Indicatore del PAT"20500 ASSISTENZA DISTRETTUALE - Assistenza integrativa e protesica": Spesa media procapite per assistenza integrativa e protesica (ATTESO <= 34€)
Vantaggi per l'utente finale	Equità di accesso all'ausilio adeguato; la razionalizzazione della spesa consentirebbe di mobilitare ulteriori risorse da investire in servizi.
Documenti di riferimento/Allegati	<p>DOCUMENTI AGLI ATTI PRESSO L'ARCHIVIO DI PROGETTO A CURA DEL PROJECT LEADER:</p> <p>Allegato 4.3.1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Stato dell'arte sulla spesa per l'assistenza integrativa e protesica; 2) Proposte di contenimento della spesa integrativa e protesica attraverso sviluppo e implementazione dell'uso degli strumenti informatici interni (PROTES) 3) Implementazione della distribuzione diretta 4) Mappatura strutture RSA e CF pazienti ospiti <i>fuori ASL</i> 5) Revisione PT storici per l'assorbenza 6) Procedura destinata a fornitura tempestiva di ausili alla dimissione <p>Normativa</p> <p>D.G.R. n. 20-891 del 12/01/2015: Razionalizzazione ed uniformità delle procedure di prescrizione degli ausili per incontinenza erogati a carico del Servizio sanitario regionale;</p> <p>D.G.R. n. 85-6287 del 2 agosto 2013: Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012</p>
Unità operative aziendali che saranno coinvolte	Distretti, Strutture ospedaliere prescrittrici di ausili e/o materiale di assistenza integrativa, protesica
Eventuali attori esterni all'azienda che saranno coinvolti	Erogatori accreditati

5 - MACROPROGETTO PAZIENTE FRAGILE

Responsabile di Macroprogetto	Dr. Paolo Rasmini Direttore SC Neuropsichiatria Infantile paolo.rasmini@aslvc.piemonte.it		
Progetto n°: 5.1 Percorso aziendale "Paziente fragile"			
Sottolivello assistenziale:	Progetto trasversale a tutti i livelli di assistenza		
Project Leader:	Dr. Paolo Rasmini Direttore SC Neuropsichiatria Infantile paolo.rasmini@aslvc.piemonte.it		
Corresponsabili:	Bagnasco Gabriele (SISP), Buttiero Stefania (Ser.D), Cattich Niccolò (Psichiatria) Delzanno Giorgio (SSD Cure Palliative Hospice), La Cava Cosimo (MMG), Maioli Paolo (ORL), Montafia Marco (Veterinari), Perugini Lorella (Servizio Sociale Aziendale) Riso Sergio (Dietetica e Nutrizione Clinica), Ronco Marcello (Cure Intermedie), Salvador Elizabeth (MeCAU), Scaccioni Raffaella (Psicologia), Spunton Laura (Distretto VerCELLI) Trada Marcello (PLS), Valori Anna (Pediatria), Zella Giulio (Direzione Medica)		
OBIETTIVO GENERALE			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definire, identificare e quantificare i "pazienti fragili" afferenti ai servizi dell'ASL VC ▪ Sviluppare percorsi strutturati per pazienti fragili che accedono ai servizi dell'ASL VC, caratterizzati da modalità operative uniformi su tutto il territorio dell'ASL 			
Razionale			
<p>La DGR 26-1653/2015 definisce e rende esplicita la definizione della rete di offerta dei servizi sanitari e socio sanitari per pazienti fragili, cronici e disabili; adottando un modello di presa in carico finalizzato ad aumentare l'appropriatezza del contesto di cura ed a sviluppare percorsi strutturati per pazienti fragili e disabili volti a superare le disuguaglianze di accesso, fondandola sui principi di seguito elencati: 1) la centralità del paziente e della persona, 2) la prossimità dei percorsi per le cronicità, 3) la tempestività di intervento ed efficienza, 4) il coordinamento degli interventi, specie per quanto attiene ai processi di integrazione socio-sanitaria, 5) l'elaborazione di percorsi basati su evidenze scientifiche, 6) la semplificazione e la trasparenza organizzativa, L'invecchiamento della popolazione, l'intensificazione della complessità assistenziale, il progressivo aumento della gravità e del numero di anni con disabilità, la riduzione della rete familiare sono alla base dell'incremento di bisogni di pazienti fragili.</p> <p>Vi è quindi la necessità di individuare e definire i soggetti bisognosi eleggibili per gli interventi, conoscere il consumo di risorse attuale nell'area del paziente fragile definire le risorse a disposizione al fine di indirizzarle verso il paziente con criteri di appropriatezza tramite una gestione integrata individuando altresì la figura del Case Manager.</p> <p>Il paziente fragile può essere definito "una persona per cause congenite o acquisite sperimenta una condizione di perdita o di mancata acquisizione in uno o più domini funzionali del "day living", dovuta alla influenza di variabili biologiche, fisiche o psichiche, condizionate da fattori ambientali; che aumentano il rischio di outcome negativo per la salute, e si correlano ad un elevato rischio di destabilizzazione, richiedendo il ricorso improvviso (e spesso improprio) ai servizi socio-sanitari." Il disagio e il rischio di scompenso hanno quindi diversi fattori causativi anche se la tutela e il mantenimento dello stato di salute può essere garantito fornendo risorse sanitarie appropriate, se possibile nel contesto ove vengono massimizzate le risorse familiari e promosse le migliori azioni di compliance per il soggetto fragile: il domicilio. A questo proposito assume particolare rilevanza la Continuità Assistenziale che si realizza quando la persona e la famiglia non sono lasciate sole, ma sono accompagnate da ciò che è necessario, attraverso percorsi assistenziali definiti di natura esclusivamente sanitaria (es. dal MMG all'ospedale, da ospedale a domicilio) o socio sanitario (es. dall'ospedale all'ADI, o dall'ADI ad una struttura di residenzialità extra-ospedaliera, ecc.).</p> <p>La definizione e la riorganizzazione di appropriati percorsi di cura intra ed extramurali sono parte fondante di questo progetto. Una ulteriore fonte di problematiche igienico-sanitarie è il maltrattamento di animali, spesso legati a condizioni di disagio sociale o di altra natura che coinvolgono adulti fragili non in grado di gestire adeguatamente animali da affezione o da produzione, così come particolare cura deve essere indirizzata al supporto dei malati di TBC, una infezione in crescita che si annida spesso in situazioni di disagio sociale e sanitario.</p>			
AZIONI			
1. Condivisione e validazione interna della definizione di "paziente fragile". In particolare è prevista l'identificazione delle "Classi di fragilità" (3-4 classi) al cui interno sono inclusi i pazienti con omogenei livelli di complessità e gravità. Le classi identificate sono caratterizzate da livelli di fragilità crescente, riflettendo contestualmente dei livelli crescenti di consumo di risorse. Per ciascuna classe di fragilità sono definiti dei criteri espliciti di inclusione, individuati a livello aziendale sulla base delle tipologie di pazienti assistiti e sulla base della bibliografia scientifica disponibile. Tali criteri verranno utilizzati per quantificare i pazienti fragili a partire dai flussi informativi già strutturati e disponibili a livello aziendale.	Resp.	Scadenza	
	Project Leader (Paolo Rasmini)	20.11.2015	✓
2. Quantificazione dei pazienti fragili residenti nell'ASL VC estraendo la casistica dai flussi informativi esistenti. I pazienti fragili sono estratti dai flussi informativi sulla base dei criteri di cui al punto precedente (la chiave di estrazione per giungere all'identificazione del "caso" è il codice fiscale).	Project Leader (Paolo Rasmini) con il supporto di SC Programmazione e controllo di gestione e L. Rugolo	25.11.2015	✓

3. Formalizzazione scritta del percorso/i di presa in carico del paziente fragile, in relazione alla classe di fragilità di appartenenza, ivi incluso il percorso del paziente oncologico (con accesso al Centro Accoglienza e Servizi – CAS). La formalizzazione del percorso/i deve prevedere: <ul style="list-style-type: none"> l'analisi preliminare delle criticità e il potenziamento dei percorsi/servizi esistenti e già funzionanti in grado di facilitare l'accesso dei pazienti fragili alle strutture sanitarie (ospedaliere e territoriali, es. Sportello Unico) una rappresentazione sintetica (mappa) delle attività/prestazioni garantite per classe di fragilità con individuazione dello specifico setting di erogazione. 	Project Leader (Paolo Rasmini) con il supporto di L. Rugolo, Servizio Sociale Aziendale, Distretto, Enti Gestori, SITROP	31.01.2015	
4. Unificazione in un unico Nucleo Aziendale dei Nuclei di Continuità delle Cure (NOCC/NDCC). In caso di impossibilità: individuazione degli stessi operatori di riferimento in entrambi i gruppi e aggiornamento delle modalità operative	Project Leader (Paolo Rasmini)/Giulio Zella/Enti Gestori	31.12.2015	
5. Avviare e mettere a regime del percorso/i di presa in carico del paziente fragile	Project Leader (Paolo Rasmini)/corresponsabili che saranno individuati nel percorso/i	31.3.2016	
6. Implementazione del percorso/i di cui al punto 3 con eventuali e specifici interventi di settore (Screening postale Fragilità anziano/disabilità; Individuazione di Pazienti Fragili attraverso canali quali la segnalazione di detenzione inadeguata di animali sia di affezione che di produzione attraverso evidenza di situazioni di disagio sociale, umano, sanitario e di controllo della infezione da TBC)	Project Leader (con la collaborazione di SS Epidemiologia, SC Veterinari, Distretto, Servizi Sociali)	30.06.2016	
IMPATTO ATTESO			
Vantaggi per l'azienda	Individuazione del numero e della tipologia di pazienti fragili e programmazione della spesa per la fragilità attraverso la standardizzazione per fasce di intensità assistenziale.		
Consumo di risorse	Risorse tecnologiche e informatiche: da definire nella fase operativa di definizione del progetto di riorganizzazione.		
Indicatore	Descrizione quali/quantitativa dei pazienti fragili dell'ASL VC (indicatore qualitativo dicotomico - atteso: SI)		
Vantaggi per l'utente	Disponibilità di risorse appropriate per la propria fascia di intensità assistenziale, utilizzo di percorsi efficaci per la gestione della fragilità nei vari setting assistenziali (Domicilio/ Ambulatorio/Ospedale /Strutture Sanitarie)		
Documenti di riferimento/Allegati	<p>DOCUMENTI AGLI ATTI PRESSO L'ARCHIVIO DI PROGETTO A CURA DEL PROJECT LEADER:</p> <ul style="list-style-type: none"> CLASSI DI FRAGILITA' – ASLVC <p>Bibliografia di riferimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> Alberto de Toni e Stefano Ivis – 2013 - Il cambiamento dei modelli di assistenza primaria: scenari generali e aspetti specifici del paziente fragile – Riflessioni Sistemiche – N° 6 - pp. 166 – 184 Fried L. P., Ferucci Luigi, Darer Jonathan et al., 2004. "Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care", J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci., volume 59 (3): 255-63 Shekelle P. G., MacLean C. H., Morton S. C., Wenger N. S., 2011. "Assessing Care of Vulnerable Elders: Methods for Developing Quality Indicators", Annals of Internal Medicine, Volume 135, Numero 8 (Parte 2): pp. 647-652, 16 ottobre Capobianco G. L'assistenza all'anziano "fragile" in "Cambiamenti climatici, rischi per la salute e misure di prevenzione 27-29 maggio 2013 Organizzato da CNESPS - Istituto Superiore di Sanità e DG Prevenzione - Ministero della Salute Il concetto di disabilità - www.psicologia.unimib.it/getFile.php/12610/ ICF - http://www.educare.it/Handicap/la_classificazione_icf.htm 		
Unità operative aziendali che saranno coinvolte	Distretto, SC Farmacia Territoriale, Rete Ambulatoriale, SC Psichiatria, SC Psicologia, SC SER.D, NPI, SC ORL, SC Oncologia, CAS, SS Nutrizione Clinica, Cure Intermedie, SC Oculistica, SS Nutrizione Clinica, SC Direzione Medica, SC Veterinario, SS Prevenzione Malattie Infettive, DEA, SC Pediatria, SS Cure palliative e Hospice		
Attori esterni all'azienda che saranno coinvolti	Enti Gestori Funzioni Socio Assistenziali, Associazioni Volontariato		

5 - MACROPROGETTO PAZIENTE FRAGILE

Responsabile di Macroprogetto	Dr. Paolo Rasmini Direttore SC Neuropsichiatria Infantile paolo.rasmini@aslvc.piemonte.it		
Progetto n°: 5.2 Sportello Unico Sociosanitario (SUSS)			
Sottolivello assistenziale:	Progetto trasversale a tutti i livelli di assistenza		
Project Leader:	Dott.sa Lorella Perugini Responsabile Servizio Sociale Aziendale lorella.perugini@aslvc.piemonte.it		
Corresponsabili:	Direttori di Distretto, Direttori Enti Gestori, Responsabile SC Sistemi informativi ed informatici		
OBIETTIVO GENERALE Implementare l'attività di Sportello Unico Sociosanitario come previsto dalla DGR 26-1653/2015 (cap. 2.3.2, pag. 22 dell'Allegato e cap. 4) e dalla normativa di settore (DGR 55-9323/2008).			
Razionale Con il "Patto per il sociale" l'Assessore regionale alle politiche sociali, della famiglia e della casa ha avviato un percorso partecipativo volto a costruire la futura programmazione sociale della Regione. Uno dei temi emersi è stata la complessità dell'accesso ai pubblici servizi e, al contempo, le azioni/prassi positive tra cui quelle correlate all'attività di "Sportello Unico Sociosanitario" previsto dal PSSR 2007-2010 e supportato nell'avvio con le risorse erogate dal Fondo Nazionale per le non autosufficienze (istituito con D.lgs 28 agosto 1997, n. 281). La modalità di lavoro realmente integrata dello SUSS può consentire un processo di presa in carico realmente unitario per i cittadini.			
AZIONI			
1. Rilevazione dello stato dell'arte e delle prestazioni attualmente erogate in ASL come Sportello Unico Sociosanitario (compilazione ALL. 5.2.1 Attività aziendali SUSS sec. DGR 55.9323 del 2008)	Direttori Distretto	30.9.2015	✓
2. Incontro con gli EE.GG. per la valutazione condivisa con Distretti e SC Sistemi informativi ed informatici dello stato dell'arte in merito allo SUSS	Direzione Generale	31.10.2015	✓
3. Incontro di aggiornamento dello stato dell'arte con gli EE.GG. per la valutazione condivisa con Distretti e SC Sistemi informativi ed informatici in merito allo SUSS	Project Leader	16.11.2015	✓
4. Stesura di una proposta operativa di implementazione delle attività di SUSS, in collaborazione con gli EE.GG., che tenga in considerazione anche gli aspetti informativo-informatici della presa in carico	Direttori Distretto con la collaborazione delle funzioni competenti/di supporto	28.02.2016	
5. Avvio delle attività di implementazione come da programma proposta	Direttori Distretto	31.12.2016	
IMPATTO ATTESO			
Vantaggi per l'azienda	Standardizzazione dei processi di presa in carico dell'utente, con particolare attenzione ai pazienti fragili		
Consumo di risorse	Risorse specifiche per l'implementazione del SUSS verranno definite nella fase operativa del progetto (vd. azione n. 4)		
Indicatore	Implementazione delle attività di SUSS sul territorio (ATTESO: almeno 4 sedi implementate entro il 2016)		
Vantaggi per l'utente	Possibilità di accedere ad un servizio che prenda in carico in modo globale il paziente fragile con bisogni sanitari e socio-sanitari		
Documenti di riferimento/Allegati	DOCUMENTI AGLI ATTI PRESSO L'ARCHIVIO DI PROGETTO A CURA DEL PROJECT LEADER: - Attività aziendali SUSS sec. DGR 55.9323 del 2008 rilevate nel 2014 e discusse con gli Enti Gestori nell'incontro del 20.11.2015		
Unità operative aziendali che saranno coinvolte	Distretti, SC Sistemi informativi ed informatici		
Eventuali attori esterni all'azienda che saranno coinvolti (es. EELL, altre aziende sanitarie, privati ecc.)	Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali		

5 - MACROPROGETTO PAZIENTE FRAGILE

Responsabile di Macroprogetto	Dr. Paolo Rasmini Direttore SC Neuropsichiatria Infantile paolo.rasmini@aslvc.piemonte.it		
Progetto n°: 5.3 Riordino dei servizi territoriali psichiatrici			
Sottolivello assistenziale:	Assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale – malati psichiatrici		
Project Leader:	Dr. Giuseppe Saglio Direttore SC Psichiatria giuseppe.saglio@aslvc.piemonte.it		
Corresponsabili:	Dr. Niccolò Cattich (Dirigente medico Psichiatria – Responsabile S.S. CSM e Gruppi Appartamento BG), Dr.ssa Annalisa Ribaldi (Dirigente medico Psichiatria – Responsabile S.S. CSM , Gruppi Appartamento e Centri Diurni VC), Sig.ra Gianna Trincherò (Assistente Amministrativo)		
OBIETTIVO GENERALE			
Mantenimento e consolidamento del modello organizzativo-operativo della S.C. Psichiatria Unificata e raggiungimento degli obiettivi delle azioni programmatiche di riordino della rete dei servizi residenziali psichiatrici, secondo i criteri della D.G.R. 3 giugno 2015, n. 30-1517.			
Razionale			
<p>Il modello operativo-organizzativo della S.C. Psichiatria Unificata Vercelli-Borgosesia ha privilegiato una corrispondenza ai bisogni espressi dalla popolazione e alle differenze socio-culturali e geografiche delle due aree territoriali di competenza: la sede di Vercelli, sviluppata secondo una configurazione prevalentemente territoriale/ospedaliera (Centro di Salute Mentale, Centri Diurni, Gruppi Appartamento, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura), e la sede di Borgosesia, costituita su un modello prevalentemente territoriale/semiresidenziale (Centro di Salute Mentale, Centri Diurni, Gruppi Appartamento, Day Hospital Territoriale – Centro Crisi Diurno).</p> <p>È determinante, a questo riguardo, il mantenimento di una estensione dell'offerta di prestazioni e di continuità assistenziale in ragione dell'incremento degli esiti di qualità evidenziati nelle risposte di assistenza sanitaria e, attraverso i contributi sinergici di tutti i punti operativi della struttura stessa, così come il consolidamento dell'integrazione e dell'articolazione tra le parti.</p> <p>Si rende altresì necessario il riordino della rete dei servizi residenziali psichiatrici da attuare secondo i criteri della D.G.R. 30-1517, 3 giugno 2015, al fine di monitorare l'appropriatezza del ricorso ai servizi di residenzialità psichiatrica identificando il setting più idoneo in considerazione dei bisogni terapeutico-riabilitativi, dei margini di recupero e di reinserimento, dei bisogni assistenziali, del contesto sociale, della presenza di eventuali fenomeni di cronicizzazione.</p> <p>In riferimento alla stessa D.G.R. nei casi in cui è prevista la compartecipazione alla spesa da parte di utenti e Comuni si provvederà, secondo le indicazioni normative, a promuovere un'interazione operativa con i servizi socio-assistenziali. Nello stesso modo si coopererà con i Distretti Sanitari nei casi in cui si dovesse rendere necessario il trasferimento della competenza al riguardo.</p> <p>I percorsi clinico-assistenziali, già definiti dal Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale e recepiti dalla D.G.R. 30-1517, 3 giugno 2015, si propongono di riorganizzare l'assistenza ai pazienti psichiatrici per intensità di cura e di stabilire i requisiti strutturali-organizzativi e delle modalità autorizzative, di accreditamento e di vigilanza sulle strutture residenziali nonché la revisione del fabbisogno di posti letto e la determinazione delle tariffe nell'ambito della salute mentale.</p>			
AZIONI			
	Resp.	Scadenza	
1. In ottemperanza alla D.G.R. 30-1517, 3 giugno 2015, si provvederà in una prima fase transitoria, alla rivalutazione dei pazienti inseriti in strutture residenziali psichiatriche, verificando l'appropriatezza degli interventi.	Direttore S.C. Psichiatria	15.11.15	✓
2. Applicazione, a partire dal 01.01.2016, della fase di perfezionamento prevista dalla stessa D.G.R. Qualora venisse verificata un'incoerenza tra i livelli di assistenza erogati e le necessità assistenziali del paziente si provvederà ad una sua ricollocazione in struttura idonea. (*) - salvo revisione/integrazioni della DGR 30-1517 del 3/6/2015	Direttore S.C. Psichiatria	31.12.16 (*)	
IMPATTO ATTESO			
Vantaggi per l'azienda	Miglioramento della qualità dell'assistenza psichiatrica territoriale e riadeguamento del rapporto costi-benefici per gli interventi.		
Consumo di risorse	Impegno delle risorse attualmente in dotazione.		
Indicatore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % pazienti rivalutati tra coloro che sono inseriti in strutture residenziali (ATTESO: 100% entro il 15.11.15) ▪ % pazienti trasferiti tra coloro che necessitano che necessitano un cambiamento di setting assistenziale (ATTESO: 100% entro il 31/12/2016, salvo diverse indicazi. regionali) 		
Vantaggi per l'utente	Consolidamento e miglioramento dei percorsi terapeutico-riabilitativi e della rete di assistenza psichiatrica territoriale.		
Documenti di riferimento/Allegati	DGR 30-1517, 3 giugno 2015		
Unità operative aziendali che saranno coinvolte	Strutture afferenti al Dipartimento di Salute Mentale, Distretti		
Attori esterni all'azienda che saranno coinvolti	Comuni		

5 - MACROPROGETTO PAZIENTE FRAGILE

Responsabile di Macroprogetto	Dr. Paolo Rasmini Direttore SC Neuropsichiatria Infantile paolo.rasmini@aslvc.piemonte.it		
Progetto n°: 5.4 Percorso per giovani con sofferenza psichica			
Sottolivello assistenziale:	Assistenza specialistica ambulatoriale – attività clinica		
Project Leader:	Dott.sa Patrizia Colombari Direttore SC Psicologia patrizia.colombari@aslvc.piemonte.it		
Corresponsabili:	Dott.ssa Patrizia Colombari (S.C. Psicologia), Dott.ssa Mara Gasparotto (S.C. Psicologia) Dott.ssa Fausta Marocchino (S.C. Psicologia), Dr. Paolo Rasmini (S.C. Neuropsichiatria Infantile), Dr. Giuseppe Saglio (S.C. Psichiatria), Dr. Vittorio Petrino (S.C. SerD)		
OBIETTIVO GENERALE Organizzare un percorso di presa in carico multiprofessionale/multidisciplinare per i pazienti portatori di sintomatologia psichica e/o dipendenza da sostanze considerati a particolare rischio di fragilità: pre-adolescenti; adolescenti; pazienti adulti genitori di figli minorenni			
Razionale Si ritiene fondamentale contemplare nel concetto di fragilità il paziente portatore di sofferenza mentale e considerare necessaria una presa in carico multidisciplinare all'interno di un'organizzazione territoriale, in modo particolare quando la condizione di sofferenza non viene curata con tempestività e integrazione da parte dei servizi coinvolti. L'aumento abnorme di richieste relative a pazienti portatori di sintomatologia psichica, che si esprime attraverso forme di autolesionismo (cutting), isolamento sociale (ritiro scolastico o perdita del lavoro) e/o l'abuso di sostanze stupefacenti e di alcol e disturbi del comportamento alimentare, ha comportato un notevole impegno di risorse e una richiesta d'aiuto articolata su più servizi. Tali richieste si presentano spesso di difficile gestione per la modalità disorganizzata con cui vengono effettuate. Una siffatta richiesta di aiuto è quella proveniente dalla fascia d'età degli adolescenti e giovani adulti, che ha impegnato e sta impegnando le strutture sanitarie in una consistente erogazione di risposta che può riguardare a vario titolo la terapia farmacologica, i ricoveri, la cura psicologica (colloqui psicologici e psicoterapie). Nello specifico i pazienti che appartengono alla fascia d'età tra i 15 e i 30 anni pervenuti con una richiesta d'aiuto relativa alla sofferenza psichica sono stati, solo nel territorio di Vercelli: 46 nel 2012; 67 nel 2013; 85 nel 2014.			
AZIONI			
		Resp.	Scadenza
1. Definizione formale e condivisa di criteri per la suddivisione dei pazienti in diversi gradi di fragilità (lieve, medio, grave)		Dott.ssa Scaccioni Raffaella	30.03.2016
2. Definizione di uno strumento per rilevare sistematicamente i pazienti e i livelli di fragilità.		Dott.ssa Scaccioni Raffaella	30.04.2016
3. Contatti e condivisione della proposta di percorso con le strutture coinvolte nella presa in carico direttamente (NPI., Psichiatria, SERD, Servizio Sociale Aziendale e non) e indirettamente (Distretti)		Dott.ssa Raffaella Scaccioni – Dott.ssa Patrizia Colombari	31.05.2016
4. Analisi delle diagnosi e della sintomatologia dei pazienti già in carico per definire la distribuzione percentuale di pazienti nelle tre categorie di gravità		Dott.ssa Raffaella Scaccioni	30.06.2016
5. Stesura del Percorso e preparazione delle griglie-report per la registrazione degli effetti in termini di esiti di cura e di salute		Dott.ssa Raffaella Scaccioni	30.06.2016
6. Redazione di un calendario che preveda sia i tempi del I colloquio che il numero di pazienti che possono essere presi in carico per una terapia a lungo termine		Dott.ssa Raffaella Scaccioni	30.09.2016
IMPATTO ATTESO			
Vantaggi per l'azienda	<i>Standardizzazione del percorso di presa in carico e utilizzo più appropriato delle risorse</i>		
Consumo di risorse	<i>Non è previsto un incremento di risorse ma un utilizzo più efficiente di quelle esistenti</i>		
Vantaggi per l'utente finale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>paziente con patologia grave</u>: riduzione dei sintomi con attenuazione dell'impatto sociale (discontrollo dell'aggressività, perdita del lavoro, ecc.); riduzione e/o cessazione dei ricoveri in S.P.D.C o altre strutture di ricovero; stabilizzazione di una terapia farmacologica; riduzione del tempo di permanenza in eventuali strutture comunitarie ▪ <u>paziente con patologia di media gravità</u>: riduzione dei sintomi, per es. ripresa della frequenza scolastica o del lavoro; riduzione del consumo di farmaci; cessazione dei ricoveri in S.P.D.C o in altre strutture; nessun inserimento in Comunità ▪ <u>paziente con patologia di grado lieve</u>: riduzione dei sintomi; riduzione del consumo di farmaci; prevenzione di eventuali ricoveri o inserimenti in Comunità. 		
Indicatore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Riduzione dei tempi di attesa per l'assegnazione del colloquio (ATTESO: da 2 mesi a 1 mese) ▪ % di pazienti con patologia grave (II e III grado) per i quali si verifica una riduzione dei ricoveri a 1 anno dalla presa in carico (ATTESO >=30%) ▪ % pazienti con patologia I grado per i quali è documentata una riduzione o cessazione della terapia farmacologica a 1 anno dalla presa in carico (ATTESO >=30%) 		
Documenti di riferimento/Allegati	DOCUMENTI AGLI ATTI PRESSO L'ARCHIVIO DI PROGETTO A CURA DEL PROJECT LEADER: Traccia di lavoro per la stesura del percorso del paziente fragile con sofferenza mentale: ALL. 5.4.1 Traccia percorso		
Unità operative aziendali che saranno coinvolte	Psichiatria, NPI, SPDC, SER.D., Servizio Sociale		
Attori esterni all'azienda che saranno coinvolti	Associazioni di Volontariato		
ASL VC	PAT 2016 (DIS.PRG.1850.00).doc		59/67
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			

5 - MACROPROGETTO PAZIENTE FRAGILE

Responsabile di Macroprogetto	Dr. Paolo Rasmini Direttore SC Neuropsichiatria Infantile paolo.rasmini@aslvc.piemonte.it		
Progetto n°: 5.5 Percorso per minori affetti da Autismo			
Sottolivello assistenziale:	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza specialistica ambulatoriale – attività clinica • Assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale – disabili 		
Project Leader:	Dr. Paolo Rasmini Direttore SC Neuropsichiatria Infantile (NPI) paolo.rasmini@aslvc.piemonte.it		
Corresponsabili:	Responsabile Psicologia Aziendale, Responsabili Area Disabilità Enti Gestori		
OBIETTIVO GENERALE			
Organizzare un percorso di presa in carico multiprofessionale/multidisciplinare per i pazienti affetti da Disturbo Generalizzato di Sviluppo in epoca precoce, dal momento della diagnosi, in genere attorno ai 2/3 anni, fino all'adolescenza.			
Razionale			
<p>Il 12.09.2015 è entrata in vigore la Legge 18 Agosto 2015, n. 134 che prevede interventi finalizzati a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone con disturbi dello spettro autistico.</p> <p>La Regione Piemonte nel 2009 ha formulato, nell'ambito dei PROGRAMMI DI GOVERNO CLINICO PER I DISTURBI NEUROPSICHIATRICI IN ETÀ EVOLUTIVA, uno specifico PDTA per Autismo e disturbi Pervasivi dello Sviluppo (Circolare della Direzione Sanità n. 016423 del 22.4.2009); le Linee Guida dell'ISS specificano che l'intervento più efficace per queste condizioni è di tipo Psicoeducativo cioè effettuato da un Educatore formato con supervisione di un tutor NPI/Psicologo.</p> <p>La DGR n. 22-7178 del 3.03.2014 nell'ambito delle Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e della appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico, istituisce in ogni Azienda Sanitaria Regionale il Nucleo DPS (Disturbi Pervasivi di Sviluppo) multiprofessionale, formato da operatori di riferimento (NPI, Psicologo, Logopedista, Neuropsicomotricista, Educatore) e deputato alla definizione del percorso diagnostico e del trattamento.</p> <p>L'aumento delle diagnosi in età precoce quindi della necessità di rispondere in modo appropriato alle richieste relative a pazienti affetti da Disturbi dello Spettro Autistico nasce, in questa Struttura, dall'affinamento delle capacità e dei mezzi diagnostici oltre che del lavoro in rete con scuole, Enti Gestori e Associazioni delle famiglie dei pazienti autistici.</p> <p>I pazienti in carico con Disturbo dello Spettro Autistico sono stati: 60 nel 2012; 66 nel 2013; 75 nel 2014. 83 nel primo semestre 2015.</p> <p>Il progetto prevede di rendere operativo, per ogni paziente di nuova diagnosi con Disturbo Spettro Autistico, il percorso diagnostico (già attivo), riabilitativo (già attivo anche se da potenziare) e psicoeducativo (assente) che deve essere omogeneo nell'ambiente di vita del soggetto quindi: Famiglia, Tecnici Riabilitatori, Insegnanti, adulti coinvolti in attività ricreative.</p> <p>Il percorso viene attivato individuando il Case Manager e organizzando, in accordo con la famiglia, il timing degli interventi riabilitativi e psico educativi (vedi Allegato 5.5.1).</p> <p>L'Educatore Professionale con formazione specifica per l'autismo ha un ruolo fondamentale per mettere in atto le articolazioni del progetto fornendo counseling per l'insegnante di sostegno e gli insegnanti curricolari, per gli educatori non formati messi a disposizione dagli Enti Gestori, per la famiglia.</p> <p>Caratteristiche di innovazione: il progetto costituirebbe il primo esempio di progetto multidisciplinare integrato totalmente erogato dal servizio pubblico sanitario per l'autismo.</p> <p>Attualmente per alcune funzioni, ad esempio quelle psicoeducative, sono a carico della famiglia che si deve rivolgere a Centri Privati.</p>			
AZIONI			
	Resp.	Scadenza	
1. Completamento della stesura del percorso e condivisione con le strutture coinvolte nella presa in carico	Dr. Paolo Rasmini	31.12.2015	
2. Selezione dell'Educatore professionale e Psicologo	Dr. Paolo Rasmini con la collaborazione delle funzioni di supporto	31.03.2016	
3. Avvio della presa in carico secondo le modalità concordate	Dr. Paolo Rasmini	31.12.2016	
4. Presentazione/pubblicizzazione del Percorso alle Associazioni di Volontariato, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, ecc.	Dr. Paolo Rasmini	31.12.2016	
5. Verifiche dei risultati attesi per i pazienti arruolati	Dr. Paolo Rasmini	31.12.2018	
IMPATTO ATTESO			
Vantaggi per l'azienda	Riorganizzazione del percorso di presa in carico secondo le più recenti normative e Linee Guida sull'Autismo. Progetto pilota in Regione Piemonte.		
Consumo di risorse	E' necessario un investimento, anche part time, per la figura di Educatore Professionale e per la figura di Psicologo con formazione specifica intesa come master certificato metodica ABA ovvero DIR "floor time" ; la funzione non è erogabile da professionista non formato senza idonea abilitazione poiché non rientrerebbe nei dati Evidence Based Medicine sull'autismo ed è inefficace ed economicamente costituisce uno spreco di risorse. E' richiesta 1000/ore/anno/uomo per la figura di educatore: 30.000 euro/anno come incarico LP; 250/ore/anno/uomo come Psicologo formato per supervisione progetti psicoeducativi: 7.500 euro/anno come incarico LP (TOT. 37.000 €/anno)		
Indicatore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ n° di pazienti con diagnosi di autismo che ricevono in ASL VC un programma riabilitativo completo/ n° pazienti con diagnosi di autismo ASL VC (ATTESO >=20%) ▪ N° di pazienti che migliorano il QI e i sintomi di autismo misurati con test intellettivo e ADOS dopo 2 anni di percorso (ATTESO >= 80%) 		

Vantaggi per l'utente finale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percorso interamente erogato dall'ASL ▪ Integrazione in un unico Centro della maggior parte delle azioni di presa in carico evitando dispersione e il disagio per il pellegrinaggio in altre Strutture o in centri privati. Si ricorda che il soggetto autistico ha necessità di risorse "ecologiche" cioè km 0, poiché un aspetto CORE del disturbo è "sameless" sempre lo stesso, cioè "che tutto continui così".. tradotto : nessun pellegrinaggio... risorse a portata di casa. ▪ Prevenzione degli scompensi comportamentali, dei ricoveri o degli accessi in strutture non in rete (il soggetto autistico in contatto con persone non expertised, cioè "di buona volontà" ancorché dotate di dedizione e motivazione fa emergere opposizione, aggressività e incremento dei comportamenti problematici); ▪ Miglioramento QI e sintomi di Autismo misurati con test cognitivo e ADOS dopo 2 anni di trattamento in >= 80% pazienti che completano il percorso.
Documenti di riferimento/Allegati	<p>DOCUMENTI AGLI ATTI PRESSO L'ARCHIVIO DI PROGETTO A CURA DEL PROJECT LEADER:</p> <p><u>Traccia di scheda per la presa in carico del paziente con autismo: ALL. 2.5.1 Traccia scheda autismo</u></p> <p>Bibliografia di riferimento: Linee Guida DEL Ministero della Salute "Il trattamento dei disturbi dello spettro artistico nei bambini e negli adolescenti" (2015)</p>
Unità operative aziendali che saranno coinvolte	<p>SC Psicologia esclusivamente per condividere scelta Psicologo formato per Autismo , Enti Gestori per coordinare l'intervento dell' Educatore Professionale con Equipe DPS , cioè fornire informazioni, supervisione, coordinamento da parte dell' Educatore ASL</p>
Eventuali attori esterni all'azienda che saranno coinvolti (es. EELL, altre aziende sanitarie, privati ecc.)	<p>Associazioni Genitori Soggetti Autistici, Terzo Settore, ASO Novara (già in Rete per Test Biologici)</p> <p>Le Associazioni dei Genitori dei soggetti Autistici collaborano e integrano le competenze con i soggetti istituzionali</p>

5 - MACROPROGETTO "PAZIENTE FRAGILE"

Responsabile di Macroprogetto	Dr. Paolo Rasmini Direttore SC Neuropsichiatria Infantile paolo.rasmini@aslvc.piemonte.it		
Progetto n°: 5.6 Animali "fragili"- utenti "fragili"			
Sottolivello assistenziale:	• Prevenzione – Sanità Pubblica Veterinaria		
Project Leader:	Dr. Marco Montafia Direttore SC Veterinario Area C e a scavalco Area A e B marco.montafia@aslvc.piemonte.it		
Corresponsabili:	Direttore Psichiatria Dipartimento Salute Mentale, Direttore Distretto, Direttore Ser.D, Direttore Dipartimento di Prevenzione		
OBIETTIVO GENERALE Standardizzare le modalità di intervento necessarie ad affrontare situazioni di disagio sociale o di altro genere che generano inconvenienti igienico-sanitari di varia natura. Definire tra i vari Servizi ASL coinvolti e gli altri Enti preposti (Comuni) modalità standardizzate di intervento per la risoluzione di inconvenienti igienico-sanitari e maltrattamento di animali, spesso legati a condizioni di disagio sociale o di altra natura.			
Razionale Uno dei temi dominanti del nuovo PRP è costituito dalla lotta alle disuguaglianze, declinate in vario modo. Frequentemente i Servizi che operano sul territorio sono chiamati ad intervenire per inconvenienti di vario tipo, più spesso di natura igienico-sanitaria e ambientale, sovente legati alla presenza di animali, sia d'affezione che da produzione, detenuti in maniera non conforme, talvolta sino al maltrattamento, alla base dei quali c'è una situazione di disagio sociale, umano, sanitario, ecc. (etilisti, tossico-dip., anziani soli, soggetti con patologie mentali, tipo accumulatori compulsivi di animali, ecc.). Talvolta sono i Servizi stessi (del Dipartimento di Prevenzione, del Distretto territoriale, dei Comuni, sino al personale 118) che, recandosi al domicilio di queste persone, riscontrano situazioni che impongono di essere affrontate. Ad oggi il personale dei Servizi interessati si trova ad affrontare queste particolari situazioni in totale autonomia, oppure cercando, spesso con difficoltà, di coinvolgere, a seconda dei casi, altri Servizi o Enti (Consorzi socio-assistenziali dei Comuni), mediante iniziative singole, senza un percorso già definito che individui le modalità e le professionalità chiamate ad intervenire. L'adozione di una procedura che definisca modalità di intervento standardizzate per questi casi, e che, ad esempio, preveda l'attivazione di un nucleo di persone, prestabilito per l'ASL, definito di volta in volta per i Comuni, che esamini il singolo caso e concordi le azioni successive, potrebbe dare maggiori garanzie di contenimento di queste tipologie di problemi. I soggetti che vanno coinvolti e che devono poter agire in sinergia tra di loro, sono, a seconda dei casi: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ASL – Dipartimento di prevenzione: Servizio Veterinario (Aree A e C), SISP, ▪ ASL – Assistenza Territoriale: Dipartimento Salute Mentale (DSM), SERD, Distretti (ADI, ecc.), ▪ Comuni: assistenti sociali, polizia locale, personale dei canili sanitari/rifugi convenzionati, ▪ Forze dell'Ordine: talvolta è necessario il loro intervento (Carabinieri e Corpo Forestale) Dovrà essere previsto che ogni Servizio, quando rileva una condizione di questo genere, attivi il "nucleo" e lo supporti nella gestione del caso.			
AZIONI		Resp.	Scadenza
1. Definire un tavolo di lavoro delle strutture aziendali coinvolte incaricato di realizzare una procedura che individui le principali caratteristiche del target.		Direttori Servizi Veterinario e SISP	31.12.2015
2. Predisporre una procedura operativa prevedendo in una fase intermedia il confronto con i principali Organi esterni all'azienda.		Tavolo di lavoro delle strutture aziendali coinvolte	31.03.2016
3. Predisporre un programma di formazione del personale ASL delle strutture coinvolte.		Tavolo di lavoro delle strutture aziendali coinvolte	30.06.2016
4. Divulgare agli Organi esterni all'azienda la procedura		Direttori Dipartimenti interessati	30.06.2016
IMPATTO ATTESO			
Vantaggi per l'azienda	Semplificazione percorsi		
Consumo di risorse	Risoluzione o contenimento di problemi generati e/o che interessano cittadini "fragili"		
Vantaggi per l'utente finale	Limitato ai tempi necessari per il lavoro del tavolo incaricato di definire le procedure		
Documenti di riferimento/Allegati	DOCUMENTI AGLI ATTI PRESSO L'ARCHIVIO DI PROGETTO A CURA DEL PROJECT LEADER: Documento "La gestione degli esposti" edizione ottobre 2010-aprile 2011 (a cura delle AASSLL TO1 e TO3)		
Unità operative aziendali che saranno coinvolte	ASL – Dipartimento di prevenzione: Servizio Veterinario (Aree A e C), SISP ASL – Assistenza Territoriale: Dipartimento Salute Mentale (DSM), SERD, Distretti (ADI, ecc.)		
Eventuali attori esterni all'azienda che saranno coinvolti	Comuni: assistenti sociali, polizia locale, personale dei canili sanitari/rifugi comunali o convenzionati Forze dell'Ordine (Carabinieri e Corpo Forestale)		

5 - MACROPROGETTO "PAZIENTE FRAGILE"

Responsabile di Macroprogetto	Dr. Paolo Rasmini Direttore SC Neuropsichiatria Infantile paolo.rasmini@aslvc.piemonte.it		
Progetto n°: 5.7 Controllo della Tubercolosi			
Sottolivello assistenziale:	• Prevenzione – Igiene e Sanità Pubblica		
Project Leader:	Dr. Gabriele Bagnasco Direttore SC Servizio di Igiene e Sanità Pubblica gabriele.bagnasco@aslvc.piemonte.it		
Corresponsabili:	Direttore distretto (dr. Gallone – dr. Rista), direttore strutture SERD (dr. Petrino), DSM (dr. Saglio), Servizio Sociale (dr. Perugini), Malattie infettive (dr. Borrè), Pneumologia (dr. Conti), responsabile S.S. Prevenzione malattie infettive (Dr.ssa Virginia Silano)		
OBIETTIVO GENERALE Migliorare il controllo della Tubercolosi in termini di assistenza individuale e collettiva			
Razionale Negli ultimi anni si è reso necessario aumentare il livello di attenzione nei confronti della Tubercolosi. La malattia non solo non è scomparsa dai nostri territori, ma è motivo di nuova preoccupazione. Diversi fattori favorevoli la sua diffusione (emarginazione sociale, infezioni predisponenti, consumo di droghe, aumento di presenza di persone provenienti da paesi ad alta endemia) uniti alla progressiva maggiore resistenza del batterio ai farmaci, rendono di nuovo significativo il rischio di ammalare e quindi si impone che le azioni di controllo della malattia siano attuate con particolare scrupolo, secondo le linee-guida che sono state prodotte a livello nazionale e regionale. Il controllo efficace della Tubercolosi è necessariamente frutto di un approccio integrato tra diversi attori, non solo dell'ambito sanitario. Una difficoltà particolare consiste nell'assicurare la continuità della terapia e del controllo dell'andamento dell'infezione nel periodo successivo al ricovero ospedaliero, che normalmente si protrae per alcuni mesi. Ciò si rivela problematico soprattutto nei pazienti che appartengono a gruppi di popolazione meno protetti o più emarginati (stranieri, anziani, tossicodipendenti), che spesso sono anche quelli che manifestano forme più gravi della patologia. Problemi analoghi potrebbero porsi anche per altre malattie infettive, anche se in misura certamente inferiore. Si tratta di organizzare un sistema di sostegno al paziente al fine di garantire continuità al percorso di cura fino al momento della completa guarigione. A seconda dei casi può essere necessario intervenire solo in termini di periodici accertamenti medici o piuttosto di supporto sociale, economico. Va quindi sviluppato un progetto di collaborazione e coordinamento che produca un protocollo di intervento integrato al quale partecipino SISP, Distretto S.S. attraverso i MMG e ADI, Servizio sociale Asl, Servizi sociali dei Comuni.			
AZIONI			
	Resp.	Scadenza	
1. Organizzare ed effettuare due incontri nei mesi di dicembre e gennaio/febbraio con i corresponsabili del progetto o loro delegati al fine di stilare un protocollo di intervento che contempli le procedure e gli interventi da attuare nei casi di tubercolosi che richiedono: a) periodici accertamenti medici non gestibili direttamente dal paziente (pazienti seguiti dai SERD o dai DSM o servizi sociali o stranieri con difficoltà linguistiche); b) controllo dell'assunzione della terapia (pazienti inaffidabili per età o deficit privi di supporti familiari); c) supporto sociale o economico (pazienti che devono essere trasportati a visite, richiedono assistenza per le pratiche INPS, richiedono assistenza globale);	Dr. G. Bagnasco	31.03.2016	
2. Diffusione/formazione sui contenuti del protocollo di intervento	Dr. G. Bagnasco	Entro il 30.6.2015	
3. Monitoraggio delle necessità di aggiornamento del protocollo di intervento (valutazione In seguito possono essere attivate, su proposta di uno dei servizi corresponsabili, riunioni periodiche sia per l'aggiornamento del protocollo che per discussione su casi specifici, coinvolgendo eventuali strutture aziendali ed esterne	Dr.ssa Virginia Silano	31.12.2016	
IMPATTO ATTESO			
Vantaggi per l'azienda	Maggiore efficienza nella gestione del problema specifico		
Consumo di risorse	La disponibilità di un'assistente sanitaria da dedicare all'attività di controllo delle malattie infettive sul territorio sarebbe di grande utilità		
Vantaggi per l'utente finale	Maggiori garanzie di guarigione dei singoli malati e, soprattutto, maggiori garanzie di protezione della popolazione dal rischio di contagio e di sviluppo di forme resistenti di agenti infettivi.		
Documenti di riferimento/Allegati	Circ. 23 agosto 2011. Misure di prevenzione e controllo della tubercolosi. Ministero della Salute Prevenzione e controllo della TBC umana – ASL VC 2011 DD 604 30 giugno 2014. Indicazioni operative per la gestione dei contatti di un caso di tubercolosi e ricerca del caso fonte		
Unità operative aziendali che saranno coinvolte	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Distretto, Servizio sociale, SERD, Dipartimento di Salute Mentale, Malattie Infettive, Pneumologia		
Eventuali attori esterni all'azienda che saranno coinvolti	Comuni		

RIFERIMENTI

Le principali disposizioni regionali di riferimento utilizzate per la stesura dei diversi progetti sono riportate nella tabella che segue.

ARGOMENTO	Riferimento normativo
Assistenza integrativa e protesica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale, art. 2) ▪ Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità 27 agosto 1999, n. 332 (Regolamento recante norme per l'assistenza protesica erogabile dal S.S.N.). ▪ D.G.R. n. 20-891 del 12 gennaio 2015 (Programmi operativi 2013-2015. Razionalizzazione ed uniformità delle procedure di prescrizione degli ausili per incontinenza erogati a carico del Servizio sanitario regionale) ▪ D.G.R. n. 60-2806 del 9 maggio 2006 (Ausili per incontinenza - Disposizioni generali) ▪ Ministero della Sanità - Decreto 8 giugno 2001 (Erogazione di prodotti destinati ad una alimentazione particolare). ▪ DGR n. 87-29576 del 1.3.2000 (Linee guida per l'applicazione del D.M. n. 332/1999). ▪ DGR n. 26-6690 del 22.07.2002 (Materiale d'uso per pazienti con patologie gravi). ▪ DGR n. 28-13496 del 27.09.2004 (Revisione tariffe ex D.M. n. 332/1999, all. 1). ▪ DGR n. 127-3648 del 2.8.2006 (Limiti massimi di spesa per l'erogazione di prodotti senza glutine). ▪ DGR n. 7-5661 del 10.4.2007 (Ridefinizione limiti di spesa per l'erogazione di prodotti senza glutine). ▪ DGR n. 7-6807 del 10.9.2007 (Erogazione di prodotti senza glutine). ▪ Circolare Regione Piemonte 11/12/2007 (Erogazione a carico del Sistema Sanitario Nazionale di prodotti dietetici per la malattia celiaca) ▪ DGR 28-2690 del 24.06.2006 (Accordo Regionale integrativo dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, art. 15). ▪ DGR 5 dicembre 2014 n. 31-742 (Attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015 del Piano Regionale di Rientro. Linee Guida: Appropriately prescrittiva in tema di ortesi plantari e calzature ortopediche nel trattamento conservativo del piede piatto, piede valgo, piede cavo e piede diabetico con spesa a carico del S.S.R.). ▪ D.G.R. n. 43-1979 del 29 aprile 2011 (Attuazione Piano di Rientro. Assistenza Integrativa-Protesica. Linee di indirizzo). ▪ D.G.R. n. 85-6287 del 2 agosto 2013: Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012 ▪ DGR 19-7286 del 24.03.2014 (Attuazione dei programmi operativi 2013-2015 del piano regionale di rientro. Razionalizzazione spesa regionale per microinfusori e relativo materiale di consumo, .. per pazienti diabetici. Affidamento SCR Piemonte S.p.a.) e successive disposizioni regionali (nota Regione Piemonte 11743/DB2014 del 28 maggio 2014); ▪ DGR 21-11426 del 18.05.2009 nuovo elenco regionale del materiale di medicazione secondo classificazione CND ▪ D.G.R. n. 20-891 del 12/01/2015: Razionalizzazione ed uniformità delle procedure di prescrizione degli ausili per incontinenza erogati a carico del Servizio sanitario regionale
Assistenza Farmaceutica	D.G.R. n. 17-7488 del 23.4.2014 "Farmaceutica Territoriale. Attuazione P.O. 2013 – 2015"
Centrale Operativa della Continuità Assistenziale (116117)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Per il contesto quadro</u>: D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015 "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i." ▪ <u>Per le azioni previste e la relativa scadenza</u>: D.G.R. n. 12-2021 del 5.8.2015 "Art. 3 bis, commi 5 ss. D.lgs. 502/92 e s.m.i. "Assegnazione obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2015" - SUB-OBIETTIVO 1.4. centralizzazione delle chiamate di continuità assistenziale"

ARGOMENTO	Riferimento normativo
Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Per il fabbisogno stimato della popolazione residente (0,3 p.l./1000 abitanti):</u> D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale." (pag. 19 dell'allegato) ▪ <u>Per i criteri di elezione degli utenti, i requisiti organizzativi, la tariffa:</u> D.G.R. n. 6-5519 del 14 marzo 2013 "Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015)." (D.G.R. superata, ai fini della riorganizzazione della rete ospedaliera, dalla D.G.R. n. 1-600/2014 e dalla successiva D.G.R. n. 1-924/2015) ▪ <u>Per il numero di p.l. di CAVS deliberato a favore dell'ASL VC al 31.8.2015 (46 p.l.):</u> Deliberazione della Giunta Regionale 31 marzo 2014, n. 44-7346 Modifiche ed integrazioni a DGR 14-7070 del 4/2/14: DGR n. 6-5519 del 14/3/13-Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione DCR 167-14087 del 3.4.12. Interventi attuativi sulla rete di post acuzie assicurata dai PO pubblici, dai presidi ex artt. 42 e 43 della L.833/78, dalle case di cura private e definizione della rete di continuità assistenziale a valenza sanitaria. Azione 14.3.3" ▪ <u>Per il raggiungimento dell'obiettivo di attivazione dei p.l. di CAVS assegnati:</u> D.G.R. n. 1-924 del 23.01.2015 "Integrazioni alla D.G.R. 1-600 del 19.11.2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale".
Consultori	<p>Legge n. 405 del 29 luglio 1975 "Istituzione dei consultori familiari"</p> <p>Legge regionale n. 39 del 9 luglio 1976 "Norme e criteri per la programmazione, gestione e controllo dei servizi consultoriali"</p> <p>D.D. n. 455 del 12 luglio 2010 "Istituzione del Coordinamento regionale dei consultori", Settore Assistenza Specialistica Ospedaliera Regione Piemonte</p> <p>D.G.R. n. 22-13206 dell'8 febbraio 2010</p>
Hospice	<p>D.G.R. n. 15-7336 del 7.11.2002 "Approvazione delle nuove linee guida regionali inerenti l'applicazione delle cure palliative in Piemonte, la formazione degli operatori e l'attuazione del Programma Regionale per le Cure Palliative. Parziale modifica della D.G.R. n. 17-24510 del 06.05.1998, oltre al DPCM 20-01-2000, GU 23-03-2000</p>
Pazienti con disturbi autistici	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legge 18 Agosto 2015, n. 134 (Interventi finalizzati a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone con disturbi dello spettro artistico) ▪ Circolare della Direzione Sanità n. 016423 del 22.4.2009, Regione Piemonte (formulazione, nell'ambito dei PROGRAMMI DI GOVERNO CLINICO PER I DISTURBI NEUROPSICHIATRICI IN ETÀ EVOLUTIVA di uno specifico PDTA per Autismo e disturbi Pervasivi dello Sviluppo); ▪ DGR n. 22-7178 del 3.03.2014 in merito all'istituzione in ogni Azienda Sanitaria Regionale il Nucleo DPS (Disturbi Pervasivi di Sviluppo)
Prestazioni specialistiche ambulatoriali	<p><u>Per il numero di prestazioni procapite atteso:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ D.G.R. n. 15-7486 del 23.4.2014 "Assistenza specialistica ambulatoriale: attuazione punto 14.3.4 dei Programmi operativi per il triennio 2013-2015 di cui alla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013". <p><u>Per la definizione delle priorità nella gestione delle liste di attesa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ D.G.R. n. 12-2021 del 5.8.2015 "Art. 3 bis, commi 5 ss. D.lgs. 502/92 e s.m.i. "Assegnazione obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2015" - SUB-OBIETTIVO 2.1. Miglioramento dei tempi di attesa ▪ DGR 2-2481 del 29.7.2011 "Intesa, ai sensi dell'art. 8 - comma 6 - della L. 5 giugno 2003 n. 131, tra Governo, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280, della L. 23.12.2005 n. 266. Approvazione Piano regionale. Indirizzi applicativi alle Aziende Sanitarie Regionali"

ARGOMENTO	Riferimento normativo
Prevenzione	<p><u>Guadagnare salute:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deliberazione della Giunta Regionale n. 34-562 del 10 novembre 2014 ▪ PRP 2015-2018 – DGR n.25-1513, 03.06.2015 ▪ Carta di Toronto - maggio 2010 ▪ Una comunità in movimento. Repertorio di strumenti per analisi e interventi sul territorio, in www.dors.it/pubblicazioni <p><u>Sorveglianze di popolazione:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PNP 2014-2018 – CSR 156, 13.11.2014 ▪ PRP 2015-2018 – DGR n.25-1513, 03.06.2015 ▪ Programma nazionale Guadagnare Salute - DPCM del 4 maggio 2007 <p><u>Screening oncologici:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ D.G.R. n. 67-47036 del 16.06.95 (CPO) ▪ DGR 111-3632 del 02.08.2006 ▪ DGR 21-5705 del 23.04.2013 <p><u>Attività di comunicazione:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PNP 2014-2018 – CSR 156, 13.11.2014 ▪ PRP 2015-2018 – DGR n.25-1513, 03.06.2015 ▪ PLP ASL VC 2015 – Delibera DG n. 618, 30.07.2015 ▪ DD 751 del 19.11.2015 "Piani della Prevenzione e della Sicurezza alimentare nell'organizzazione delle Aziende sanitarie piemontesi" ▪ Nota prot 54634 del 02.12.15 "Piani della Prevenzione e della Sicurezza alimentare nell'organizzazione delle Aziende sanitarie piemontesi-trasmissione nominativi"
Residenzialità	<p><u>Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vd. rif "CAVS" <p><u>Ospedale di Comunità</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ DM 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" ▪ DGR n. 26-1653 del 29.6.2015 "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i." <p><u>Assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ DGR n. 45-4248 del 30.7.2012 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni" ▪ D.G.R. 85-6287 del 2.8.2013 "Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012" ▪ D.G.R. 10-6357 del 17/9/2013 "Sospensione della ripartizione quota sanitaria/quota utente/Comune per le tariffe relative ai C.D.A.A. - C.D.A.I. e N.A.T." (sospensione della ripartizione al 50% di cui alla d.G.R. 85-6287 del 2/8/2013) <p><u>Assistenza residenziale ai disabili</u></p> <p>DGR n. 26-13680 del 29.03.2010 "Approvazione delle linee guida sul funzionamento delle Unità multidisciplinari di valutazione della disabilità (UMVD)"</p>
Riordino delle forme organizzative di Assistenza Primaria	<p><u>Requisiti di funzionamento del Centri di Assistenza Primaria CAP:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deliberazione della Giunta Regionale 28 febbraio 2011, n. 44-1615 "Adozione dell'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, commi da 93 a 97, della legge 23 dicembre 2009 n. 191." (All. 1 Addendum, punto 1.4.2, come richiamati dalla DGR 12-3345 del 3.2.2012 "Proposta di PSSR 2012-2015") ▪ DGR 26-3627 del 28/3/2012 "Approvazione delle linee di indirizzo per la sperimentazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP). Attuazione della DGR n. 44-1615 del 28/02/2011 e s.m.i. La rete territoriale." <p><u>Riconoscimento regionale del CAP di Santhià:</u> D.D. n. 613 del 7.8.13 DGR 26-3627 del 28.3.2012. Percorso di sperimentazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP): implementazione della fase sperimentale."</p>

ARGOMENTO	Riferimento normativo
	<p><u>UCCP/AFT - Definizione, caratteristiche di funzionamento e requisiti:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ D.G.R. n. 25 del 30.12.2013 "Adozione del Programma Operativo 2013-2015" collegato al Piano regionale di rientro, che nell'ambito del Programma 14-Riequilibrio Ospedale-Territorio, Intervento 14.3-Assistenza Primaria prevede le seguenti azioni: <ul style="list-style-type: none"> ○ Unità di cure primarie e studi multiprofessionali: individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo nell'ambito degli Accordi con MMG/PDLS; ○ sviluppo della sperimentazione dei CAP e loro evoluzione verso le nuove forme organizzative della medicina di territorio. ▪ D.G.R. n. 1-600/2014, come integrata dalla D.G.R. n.1-924/2015, in premessa richiamate, che nell'Allegato A, punto 4 individua le "Linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale" nell'ambito delle quali è previsto che l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria deve fondarsi sulla rete AFT e UCCP. ▪ D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015 "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i." <p><u>UCCP: riferimenti da leggere in modo integrato rispetto alla precedente normativa regionale sui CAP per le aree di sostanziale sovrapposizione dei contenuti dell'attività.</u></p>
<p>Riordino della Rete dei Servizi Residenziali Psichiatrici</p>	<p>D.G.R. n. 30-1517 del 3.6.2015 "Riordino della rete dei servizi residenziali della Psichiatria" Per la rivalutazione dei pazienti psichiatrici: DD.GG.RR. nn. 118-7609 del 03/04/1996 e 74-28035 del 02/08/1999.</p>
<p>Riordino della Rete dei Servizi Territoriali</p>	<p><u>Per il contesto quadro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015 "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i." ▪ D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013 "Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012." – Programma 14 "Riequilibrio Ospedale-territorio" <p><u>Per la realizzazione di un modello di assistenza sanitaria integrata e coordinata con la rete ospedaliera:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale." e s.m.i.
<p>Sportello Unico Sociosanitario</p>	<p>D.G.R. n. 55-9323 del 28.7.2008 "Definizione delle modalità e dei criteri dell'utilizzo da parte delle A.S.L. e dei Soggetti gestori delle funzioni socio assistenziali, delle risorse assegnate a livello nazionale, al "Fondo per le non autosufficienze" per l'anno 2007 ed attribuite alla Regione Piemonte."</p>