



**PROGRAMMA DELLE ATTIVITA'  
TERRITORIALI – P.A.T.  
(D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015)**

**ANNO 2016**

**DISTRETTO DI  
ACQUI TERME - OVADA**

## INDICE

IL DISTRETTO DI ACQUI TERME – OVADA	PAG. 3
STRUTTURE SANITARIE TERRITORIALI	PAG. 11
PROGRAMMAZIONE ANNO 2016	PAG. 14
LEGENDA	PAG. 16
ALLEGATO 2 – LO SCHEMA DEL PAT	PAG. 17
ALLEGATO 3 - SCHEDE PROGETTUALI	PAG. 24

## IL DISTRETTO DI ACQUI TERME – OVADA

Comune	ex Distretto	DISTRETTO	Popolazione 31.12.2013	Superficie (kmq)	Dens. demogr. (ab/kmq)	Z.A.
Acqui Terme	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	20.171	33,42	603,56	C
Alice Bel Colle	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	777	12,09	64,27	C
Bistagno	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	1.957	17,65	110,88	C
Cartosio	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	780	16,66	46,82	M
Cassine	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	3.002	33,53	89,53	C
Castelletto d'Erro	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	153	4,71	32,48	M
Castelnuovo Bormida	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	700	13,16	53,19	C
Cavatore	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	296	10,43	28,38	M
Denice	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	183	7,45	24,56	M
Grogna	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	285	9,33	30,55	C
Malvicino	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	86	8,67	9,92	M
Maranzana (AT)	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	279	4,50	62,00	C
Melazzo	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	1.338	19,73	67,82	C
Merana	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	191	9,33	20,47	M
Mombaldone (AT)	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	224	12,25	18,29	M
Montechiaro d'Acqui	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	573	17,51	32,72	M
Morbello	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	419	23,28	18,00	M
Morsasco	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	702	10,21	68,76	C
Orsara Bormida	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	419	5,14	81,52	C
Pareto	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	568	40,91	13,88	M
Ponti	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	614	12,40	49,52	C
Ponzone	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	1.087	69,42	15,66	M
Prasco	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	542	6,06	89,44	C
Ricaldone	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	696	10,61	65,60	C
Rivalta Bormida	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	1.445	10,04	143,92	P
Spigno Monferrato	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	1.088	54,96	19,80	M
Strevi	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	2.048	15,21	134,65	C
Terzo	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	907	8,77	103,42	C
Visone	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	1.207	12,56	96,10	C
Belforte Monferrato	OVADA	ACQUI T. - OVADA	526	8,78	59,91	C
Carpeneto	OVADA	ACQUI T. - OVADA	1.004	13,60	73,82	C
Casaleggio Boiro	OVADA	ACQUI T. - OVADA	394	12,21	32,27	M
Cassinelle	OVADA	ACQUI T. - OVADA	958	23,81	40,24	M
Castelletto d'Orba	OVADA	ACQUI T. - OVADA	2.090	14,25	146,67	C
Cremolino	OVADA	ACQUI T. - OVADA	1.076	14,41	74,67	C
Lerma	OVADA	ACQUI T. - OVADA	870	14,55	59,79	M
Molare	OVADA	ACQUI T. - OVADA	2.254	32,77	68,78	M
Montaldeo	OVADA	ACQUI T. - OVADA	281	5,19	54,14	C
Montaldo Bormida	OVADA	ACQUI T. - OVADA	687	5,57	123,34	C
Mornese	OVADA	ACQUI T. - OVADA	735	13,30	55,26	M
Ovada	OVADA	ACQUI T. - OVADA	11.701	35,33	331,19	C
Rocca Grimalda	OVADA	ACQUI T. - OVADA	1.528	15,64	97,70	C
Silvano d'Orba	OVADA	ACQUI T. - OVADA	2.008	12,08	166,23	C
Tagliolo Monf.	OVADA	ACQUI T. - OVADA	1.626	25,91	62,76	M
Trisobbio	OVADA	ACQUI T. - OVADA	651	9,40	69,26	C

<b>TOTALE</b>		<b>ACQUI T. - OVADA</b>	<b>71.126</b>	<b>766,79</b>	<b>92,76</b>
---------------	--	-------------------------	---------------	---------------	--------------

	n°	%
<b>COMUNI</b>	<b>45</b>	
di cui pianura	1	2,2%
di cui collina	26	57,8%
di cui montagna	18	40,0%

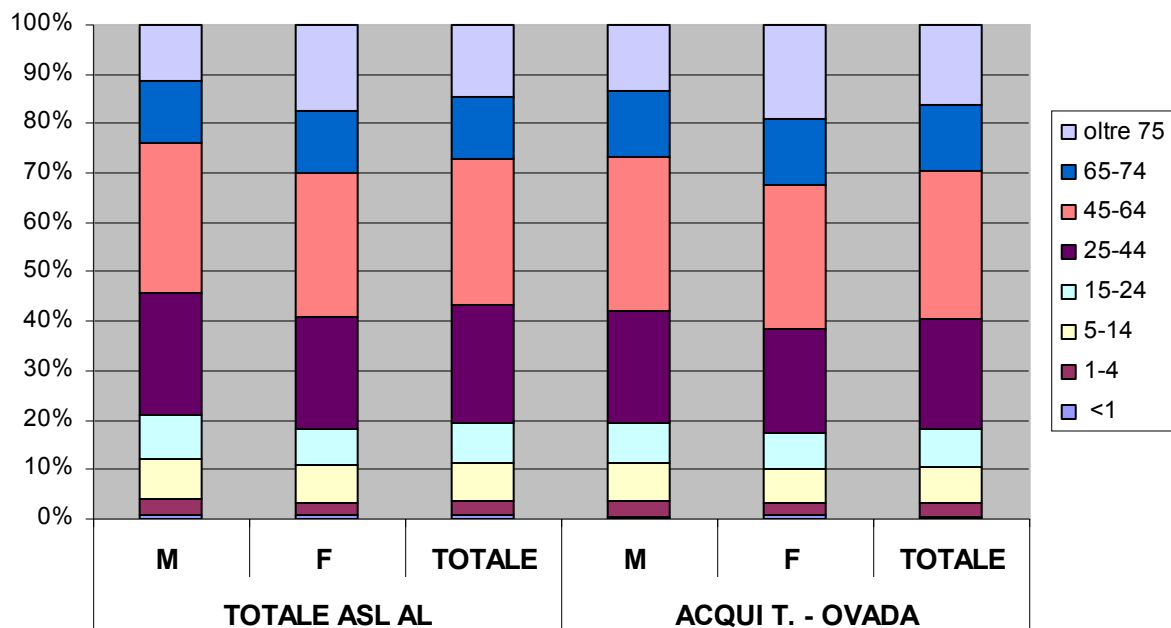
Nota: popolazione anno 2013 utilizzata quale indice per la definizione ambiti distrettuali

### POPOLAZIONE RESIDENTE AGGIORNATA AL 31.12.2014

Fonte dati: BDDE Regione Piemonte

Fascia di età	TOTALE ASL AL			ACQUI T. - OVADA		
	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE
<1	1.533	1.430	2.963	201	221	422
1-4	6.841	6.299	13.140	1.035	920	1.955
5-14	17.921	17.036	34.957	2.590	2.530	5.120
15-24	18.392	17.488	35.880	2.782	2.626	5.408
25-44	52.818	52.179	104.997	7.824	7.710	15.534
45-64	65.775	66.690	132.465	10.632	10.583	21.215
65-74	26.098	29.174	55.272	4.562	4.909	9.471
oltre 75	24.664	39.735	64.399	4.560	6.891	11.451
<b>TOTALE</b>	<b>214.042</b>	<b>230.031</b>	<b>444.073</b>	<b>34.186</b>	<b>36.390</b>	<b>70.576</b>

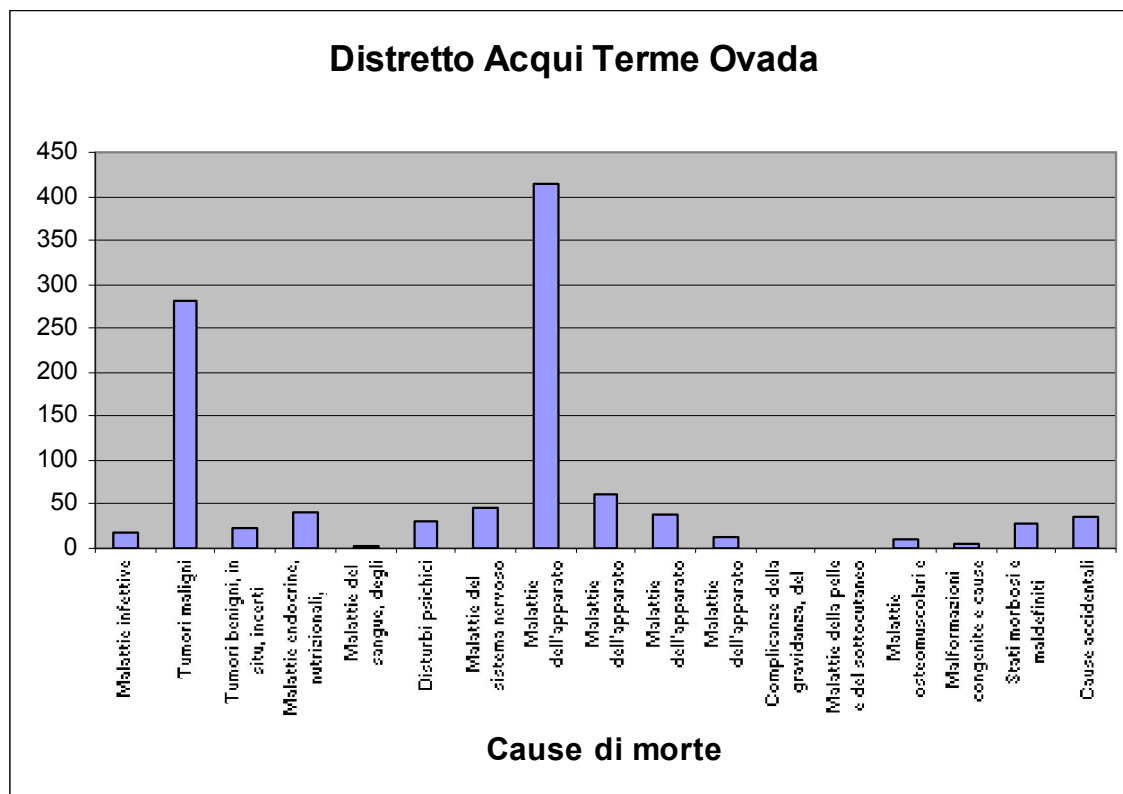
### POPOLAZIONE RESIDENTE



### ESENZIONI TICKET – DISTRETTO ACQUI OVADA

	Esenti Patol. Croniche			Esenti Patol. Rare			Esenti Invalidità		
	casi	% Distretto su pop	% ASLAL su pop	casi	% Distretto su pop	% ASLAL su pop	casi	% Distretto su pop	% ASLAL su pop
<b>0 anni</b>	5	1,2%	1,4%	1	0,3%	0,2%	-	0,0%	0,0%
<b>1 - 4 anni</b>	56	2,9%	2,5%	8	0,4%	0,4%	5	0,2%	0,2%
<b>5 - 14 anni</b>	150	2,9%	3,1%	58	1,1%	1,0%	49	1,0%	1,0%
<b>15 - 44 anni</b>	1.328	6,3%	7,5%	186	0,9%	0,8%	395	1,9%	1,7%
<b>45 - 64 anni</b>	5.420	25,5%	29,6%	178	0,8%	0,7%	1.182	5,6%	5,0%
<b>65 - 74 anni</b>	4.224	44,6%	58,0%	54	0,6%	0,6%	1.025	10,8%	9,3%
<b>75 anni e oltre</b>	4.802	41,9%	60,6%	26	0,2%	0,2%	3.245	28,3%	21,9%
<b>TOTALE</b>	15.985	22,6%	27,5%	510	0,7%	0,7%	5.901	8,4%	6,4%

CAUSE DI MORTE ANNO 2012 FONTE DATI REGIONE PIEMONTE	ACQUI TERME OVADA		
	Maschi	Femmine	Totale
Malattie infettive	8	9	17
Tumori maligni	165	117	282
Tumori benigni, in situ, incerti	8	14	22
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	18	22	40
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	1	2	3
Disturbi psichici	10	21	31
Malattie del sistema nervoso	14	33	47
Malattie dell'apparato circolatorio	179	235	414
Malattie dell'apparato respiratorio	33	29	62
Malattie dell'apparato digerente	15	24	39
Malattie dell'apparato genito-urinario	8	6	14
Complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio	0	0	0
Malattie della pelle e del sottocutaneo	0	1	1
Malattie osteomuscolari e del connettivo	4	5	9
Malformazioni congenite e cause perinatali	3	2	5
Stati morbosi e maldefiniti	11	17	28
Cause accidentali	22	14	36
<b>TOTALE</b>	<b>499</b>	<b>551</b>	<b>1050</b>



**OSPEDALIZZAZIONE RESIDENTI (RO+DH)  
ANNO 2014 - 1° SEM 2015**

	Distretto di Acqui Terme - Ovada	
	2014	2015
	Totale anno	1 semestre
<b>TOTALE COMPLESSIVO DO + DH</b>	<b>11.862</b>	<b>5.997</b>
<b>TOTALE PIEMONTE</b>	<b>9.842</b>	<b>4.987</b>
- di cui ASL AL	6.082	2.957
OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	101	97
OSPEDALE DI TORTONA	177	84
OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	1.195	675
OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	3.862	1.747
OSPEDALE CIVILE DI OVADA	747	354
- di cui AZIENDA OSPEDALIERA SS.ANTONIO E BIAGIO-C.ARRIGO	2.028	1.093
- di cui CASE DI CURA PRIVATE PROV. AL	1.193	668
- di cui ALTRI REGIONE PIEMONTE	539	269
FUORI REGIONE (dato 2013)	2.020	1.010

Popolazione 2014 - da BDDE Regione Piemonte	70.576	70.576
Popolazione 2014 PESATA ASS OSPEDALIERA	74.740	74.740

TASSO OSPEDALIZZAZIONE COMPLESSIVO - POP PESATA	158,71	161,81
TASSO OSPEDALIZZAZIONE EROGATORI REGIONE PIEMONTE	131,68	134,56
- di cui ASL AL	81,38	79,78
- di cui AZIENDA OSPEDALIERA SS.ANTONIO E BIAGIO-C.ARRIGO	27,13	29,49
- di cui CASE DI CURA PRIVATE PROV. AL	15,96	18,02
TASSO OSPEDALIZZAZIONE STRUTTURE EXTRAREGIONE (2013)	27,03	27,25

<b>NOTA BENE: IL DATO DEI RICOVERI EXTRAREGIONE E' RELATIVO AL 2013 IL TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE E' IL N° RICOVERI OGNI 1000 ABITANTI IL T.O. 1^ SEMESTRE 2015 E' TENDENZIALE E RAPPORATO ALL'ANNO INTERO</b>
---

## OSPEDALIZZAZIONE RESIDENTI DISTRETTO ACQUI T. - OVADA (RICOVERI ORDINARI + DH)

DISCIPLINA	ANNO 2014											
	EROGATORE											
TOTALE	PIEMONTE	PPOO ASLAL	OSPEDALE CASALE M.	OSPEDALE TORTONA	OSPEDALE NOVI L.	OSPEDALE ACQUI T.	OSPEDALE OVADA	ASO AL	PRIVATI ASL AL	ALTRO PIEMONTE	EXTRAREG	
TOTALE	11.862	9.842	6.082	101	177	1.195	3.862	747	2.028	1.193	539	2.020
01 - ALLERGOLOGIA	13	13	12			12					1	0
02 - DAY HOSPITAL	26										0	26
06 - CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	8	1									1	7
07 - CARDIOCHIRURGIA	55	41						25	14		2	14
08 - CARDIOLOGIA	927	859	549	5	2	111	431	177	107		26	68
09 - CHIRURGIA GENERALE	1.390	1.241	944	6	59	190	689	45	213		39	149
10 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	57	49						32			17	8
11 - CHIRURGIA PEDIATRICA	90	68						68			0	22
12 - CHIRURGIA PLASTICA	48	29						21			8	19
13 - CHIRURGIA TORACICA	58	34						33			1	24
14 - CHIRURGIA VASCOLARE	95	67						59			8	28
18 - EMATOLOGIA	82	74						72			2	8
19 - MALATTIE ENDOCRINE E DELLA NUTRIZIONE	29	17						15			2	12
20 - IMMUNOLOGIA	2										0	2
21 - GERIATRIA	19	10						10			0	9
24 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	52	33	9	9				23			1	19
25 - MEDICINA DEL LAVORO	8										0	8
26 - MEDICINA GENERALE	2.167	2.071	1.904	2	4	128	1.180	590	88	52	27	96
28 - UNITA' SPINALE	9	8						8			0	1
29 - NEFROLOGIA	98	96	16			16		71			9	2
30 - NEUROCHIRURGIA	117	86						78			8	31
31 - NIDO	325	281	140	2		81	57	134			7	44
32 - NEUROLOGIA	254	194	109		3	106		48	21		16	60
33 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	36	26						26			0	10
34 - OCULISTICA	362	192	36	31		3	2	122	4		30	170
35 - ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	10	9	1	1				7			1	1
36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.409	1.186	570	1	61	61	447	73	513		30	223
37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.278	1.057	753	11		201	541	244	7		53	221
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	352	271	160	5	31		124	103			8	81
39 - PEDIATRIA	267	197	70		8	22	40	123			4	70
40 - PSICHIATRIA	144	129	115	1		114		5			9	15
43 - UROLOGIA	544	467	349	17		112	220	44	40		34	77
47 - GRANDI USTIONATI	9	2									2	7
48 - NEFROLOGIA (TRAPIANTI DI RENE)	16	13									13	3
49 - TERAPIA INTENSIVA	136	122	70	8	8	13	41	43			9	14
50 - UNITA' CORONARICA	120	118	97			16	81	21			0	2
51 - ASTANTERIA	14										0	14
52 - DERMATOLOGIA	12	7									7	5
56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	557	415	86	1				85	34	215	80	142
57 - FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA	11										0	11
58 - GASTROENTEROLOGIA	46	16	1			1		3			12	30
60 - LUNGODEGENTI	103	94	78			6		72	1	2	13	9
61 - MEDICINA NUCLEARE	22	11						11			0	11
62 - NEONATOLOGIA	10										0	10
64 - ONCOLOGIA	131	99	12	1	1	2	8	66			21	32
65 - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	27	13									13	14
67 - PENSIONATI	15	10	1					4			5	5
68 - PNEUMOLOGIA	99	68						55			13	31
69 - RADIOLOGIA	11	4									4	7
70 - RADIOTERAPIA	2	2									2	0
71 - REUMATOLOGIA	18	2						2			0	18
73 - TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	11	7						7			0	4
75 - NEURORIABILITAZIONE	14	10						5		5	0	4
76 - NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	6										0	6
77 - NEFROLOGIA PEDIATRICA	12	1									1	11
78 - UROLOGIA PEDIATRICA	21	21						21			0	0
97 - DETENUTI	2	1						1			0	1
98 - DAY SURGERY MULTISPEC / LAB ANALISI	106										0	106



## ANALISI FABBISOGNO ACCESSI PRONTO SOCCORSO

RESIDENTI DISTRETTO DI ACQUI TERME E OVADA

Gennaio - Dicembre 2014

FASCE ETA'	Colore Bianco		Colore Verde		Colore Giallo		Colore Rosso		TOTALE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
0 - 6 anni	138	115	829	576	55	53	2	3	1.024	747
7 - 14 anni	77	66	688	513	47	22	3	-	815	601
15 - 44 anni	197	142	3.086	3.156	110	261	8	9	3.401	3.568
45 - 64 anni	94	94	2.577	2.153	191	120	18	9	2.883	2.377
65 - 74 anni	43	51	1.161	1.118	172	126	13	7	1.395	1.302
75 anni ed oltre	38	44	1.878	2.409	364	395	38	46	2.329	2.901
<b>TOTALE</b>	<b>587</b>	<b>512</b>	<b>10.219</b>	<b>9.925</b>	<b>939</b>	<b>977</b>	<b>82</b>	<b>74</b>	<b>11.847</b>	<b>11.496</b>

Gennaio - Giugno 2015

FASCE ETA'	Colore Bianco		Colore Verde		Colore Giallo		Colore Rosso		TOTALE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
0 - 6 anni	102	93	390	299	35	30	2	1	529	423
7 - 14 anni	51	43	359	266	17	13	1	-	428	322
15 - 44 anni	70	71	1.351	1.428	54	151	3	3	1.478	1.653
45 - 64 anni	58	58	1.188	1.048	92	53	8	4	1.346	1.164
65 - 74 anni	18	13	540	526	82	73	11	3	653	615
75 anni ed oltre	25	21	900	1.255	193	217	29	16	1.152	1.519
<b>TOTALE</b>	<b>324</b>	<b>299</b>	<b>4.728</b>	<b>4.822</b>	<b>473</b>	<b>537</b>	<b>54</b>	<b>27</b>	<b>5.586</b>	<b>5.696</b>

## ASSISTENZA SPECIALISTICA 2014 – 2015 RESIDENTI DISTRETTO ACQUI TERME OVADA

EROGATORE	GEN-GIU 2015					GEN-GIU 2014				
	TIPO PRESTAZIONE					TIPO PRESTAZIONE				
	TOT	LABORATORIO	TAC	RMN	TERAPIA FISICA	TOT	LABORATORIO	TAC	RMN	TERAPIA FISICA
TOT PIEMONTE	594.159	441.585	2.086	2.706	9.944	640.006	495.772	2.094	2.593	12.302
H - DISTRETTO 1 - ACQUI TERME	305.532	241.449	783	0	4.550	333.684	276.099	911	0	6.158
H - DISTRETTO 2 - ALESSANDRIA	496	3	0	0	0	365	7	0	0	0
H - DISTRETTO 3 - CASALE	1.683	967	13	14	0	1.650	1.078	17	9	0
H - DISTRETTO 4 - NOVI LIGURE	152.285	138.625	75	494	40	172.305	160.003	78	498	50
H - DISTRETTO 5 - OVADA	31.288	331	307	0	4.024	31.885	393	249	0	4.754
H - DISTRETTO 6 - TORTONA	16.096	13.926	7	130	0	12.251	10.243	15	197	0
H - DISTRETTO 7 - VALENZA	21	3	0	0	0	46	0	0	0	0
ASO AL	56.504	38.574	230	138	119	55.442	38.854	165	19	104
CASA DI CURA CITTA DI AL	839	183	57	53	0	531	98	22	66	0
CASA DI CURA "SALUS"	350	239	0	0	0	486	281	0	0	0
ST."CENTOCANNONI"	1.139	0	98	300	0	1.034	0	103	273	0
STATIC	585	0	0	0	210	192	0	0	0	49
STUDIO RAD. PONZANO	47	0	0	0	20	104	0	0	0	30
STUDIO RADIOLOG. ZORINI	25	0	7	0	0	14	0	1	0	0
STUDIO RADIOLOGICO DR. FOCO	885	0	37	0	0	1.031	0	32	0	0
STUDIO RADIOLOGICO NEWIMA	9.773	0	407	1.513	0	9.812	0	418	1.444	0
CASA DI CURA VILLA IGEA	5.790	0	0	0	882	5.222	0	0	0	1.085
C.C. S.ANNA CASALE	52	37	0	4	0	65	18	0	22	0
LABORATORIO DOTT. QUAGLIA	519	519	0	0	0	691	691	0	0	0
ALTRO REGIONE	10.250	6.729	65	60	99	13.196	8.007	83	65	72

POPOLAZIONE (non pesata)	70.576	70.576	70.576	70.576	70.576	71.126	71.126	71.126	71.126	71.126
PREST PER ABITANTE (non pesato)	16,84	12,51	5,91	7,67	28,18	18,00	13,94	5,89	7,29	34,59
VAR RISPETTO 2014	- 1,16	- 1,43	0,02	0,38	- 6,41					

Indice per ab atteso 2014	14,52	10,25	5,15	7,88	23,30					
---------------------------	-------	-------	------	------	-------	--	--	--	--	--

## STRUTTURE SANITARIE TERRITORIALI

	n°
<b>Strutture Ambulatoriali extraospedaliere</b>	
a gestione diretta territoriale - distrettuale	<b>2</b>
private accreditate	<b>2</b>
<b>Totale posti letto RSA accreditati/convenzionati (esclusi p.l. fuori ASL)</b>	<b>466</b>
<b>Totale posti in Centri Diurni per anziani accreditati/convenzionati</b>	
di cui Centri Diurni Integrati (CDI)	<b>0</b>
di cui Centri Diurni Alzheimer Integrati (CDAI)	<b>0</b>
<b>Totale posti letto convenzionati per assistenza residenziale disabili (esclusi p.l. fuori ASL)</b>	<b>106</b>
<b>Totale posti in Centri Diurni per disabili convenzionati</b>	<b>70</b>
<b>Totale posti letto Hospice a gestione diretta</b>	<b>0</b>

## MEDICINA E PEDIATRIA DI BASE

	n°
<b>Medici di Medicina Generale</b>	<b>53</b>
di cui operanti in Medicina di Associazione	<b>18</b>
di cui operanti in Medicina di Rete	<b>14</b>
di cui operanti in Medicina di Gruppo	<b>10</b>
<b>Pediatri di Libera Scelta</b>	<b>5</b>
di cui operanti in Medicina di Associazione	<b>4</b>
di cui operanti in Medicina di Gruppo	<b>0</b>
<b>Continuità Assistenziale – Guardia Medica (numero sedi)</b>	<b>2</b>
<b>CENTRI DI ASSISTENZA PRIMARIA (CAP)</b>	<b>0</b>
<b>CONSULTORI FAMILIARI</b>	<b>2</b>
di cui Sedi Distrettuali	<b>1</b>
di cui Sedi Sub Distrettuali	<b>1</b>
<b>FARMACIE</b>	
Farmacie convenzionate	<b>36</b>
Dispensari farmaceutici	<b>15</b>
<b>MEDICINA LEGALE (sedi)</b>	<b>2</b>

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIE DELLE DIPENDENZE

	n°
<b>SER.D.</b>	<b>2</b>
<b>Centri Diurni per tossicodipendenti e alcoolisti a gestione diretta</b>	<b>0</b>

## DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

	n°
<b>Centri di Salute Mentale</b>	<b>2</b>
<b>Centri Diurni</b>	<b>0</b>
<b>Servizi Psichiatri di Diagnosi e Cura</b>	<b>0</b>
<b>Comunità Protette a gestione diretta</b>	<b>0</b>
<b>Gruppi Appartamento</b>	<b>6</b>
	di cui gestione diretta <b>1</b>
	di cui gestione privata <b>5</b>
<b>Posti in convenzione per assistenza residenziale psichiatrica</b>	<b>24</b>
	di cui Comunità protetta di tipo A <b>2</b>
	di cui Comunità protetta di tipo B <b>14</b>
	di cui Comunità alloggio <b>8</b>

## PROGRAMMAZIONE ANNO 2016

Si rimanda a quanto riportato nella **parte generale** del presente Programma di Attività Territoriale anno 2016; riprendendo, per sommi capi, le azioni e le aree di intervento prioritarie per il Distretto che trovano diretto riscontro nei valori attesi sui diversi indicatori dei livelli assistenziali rappresentati nell'allegato 2 e negli specifici progetti previsti per il 2016:

- piena attuazione del **nuovo assetto distrettuale** così come previsto dal Piano di Organizzazione dell'Atto Aziendale, recepito dalla Regione Piemonte con D.G.R. del 23.11.2015;
- azioni volte a garantire **flessibilità gestionale nelle sedi** principali di ogni territorio onde favorire una maggiore comunicazione con i rappresentanti istituzionali, con massima attenzione ai bisogni espressi da parte delle comunità locali;
- obiettivi distrettuali 2016 sui diversi livelli assistenziali previsti dall'allegato 2 che mirano da un lato ad una **omogeneizzazione** degli indicatori di attività e fabbisogno sulle aree territoriali oggetto di unificazione garantendo in linea di principio i livelli raggiunti sulle sedi distrettuali attuali, dall'altro ad un **tendenziale avvicinarsi al dato medio aziendale** (individuato quale *Obiettivo aziendale 2016*) per quelle aree territoriali oggi al di sotto di tali valori di offerta;
- **mantenimento dei punti di erogazione** di prestazioni e servizi distrettuali (ambulatori, punti prelievo, consultori, ...) presso le sedi attualmente presenti;
- **forte integrazione con le attività e le risorse dei Servizi Sociali** presenti sul territorio, ai fini della pianificazione, coordinamento e verifica degli interventi ad alta integrazione socio-sanitaria, con possibile istituzione, nei modi e nelle forme che potranno essere successivamente definite, di uno specifico **Tavolo di Coordinamento** per la pianificazione e verifica delle attività e degli interventi nei settori a forte integrazione socio-sanitaria;
- previsione di una struttura di **Cardiologia Territoriale** con sede di riferimento presso il Distretto di Acqui Terme – Ovada, con operatività su tutto il territorio dell'ASL AL e funzione interdistrettuale; previsione di tre medici cardiologi (2+1 responsabile) disponibili per tale attività, unitamente alle necessarie figure infermieristiche, garantendo una concreta risposta al bisogno presente e offrendo un efficace strumento per **l'abbattimento delle liste d'attesa** particolarmente critiche per tale tipologia di prestazioni;
- attivazione di strutture interdistrettuali di **Diabetologia** territoriale, con sede di riferimento presso il Distretto di Casale M. (con operatività su tutto il territorio dell'ASL AL) e di **Vulnologia clinica**, con sede di riferimento presso il Distretto di Novi L. - Tortona (con operatività su tutto il territorio dell'ASL AL) per garantire una presenza il più possibile capillare ed efficace sul territorio distrettuale, in forte integrazione e sinergia con i servizi offerti dalla rete ospedaliera aziendale e di Area funzionale interaziendale;
- per quanto riguarda la **Psicologia** è riconosciuto un ruolo importante a tale professione nella rete dei servizi distrettuali, al fine di assicurare una risposta concreta per le diverse aree di possibile intervento (**minori, disabilità, anziani, dipendenze, salute mentale**);
- particolare attenzione assicurata, nell'ambito degli obiettivi e dei progetti del PAT per l'anno 2016, all'area delle **cure domiciliari** con specifici progetti mirati alla **continuità delle cure**, all'**integrazione ospedale-territorio**, allo sviluppo della figura dell'**infermiere di famiglia**, alla **medicina d'iniziativa**; tali interventi troveranno particolare sviluppo ed attenzione per le **patologie croniche** per le quali le azioni intraprese a livello di rete territoriale rappresentano lo strumento migliore in termini di efficacia ed economicità complessiva di sistema;

- **integrazione tra i Medici di Medicina Generale ed i Medici Specialisti** sia dell'Azienda ASL AL che dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria per assicurare la più compiuta presa in carico del paziente ed il miglioramento dei livelli di assistenza garantita attraverso la pianificazione dei percorsi di cura;
- nuove forme organizzative dell'assistenza primaria, nella configurazione di **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)** destinate a garantire l'erogazione dell'assistenza primaria in forma capillarmente diffusa su tutto il territorio attraverso la gestione collaborativa ed integrata per il paziente e nei suoi percorsi assistenziali (l'attivazione e lo sviluppo di tali forme organizzative avverrà secondo le indicazioni regionali e nazionali);
- per quanto riguarda l'**assistenza psichiatrica**, la recente evoluzione normativa regionale, peraltro tutt'ora in atto, consentirà, al momento della sua piena definizione, di riorientare l'offerta sanitaria secondo gli indirizzi forniti;
- specifici progetti sono previsti per l'area **SER.D.** con particolare attenzione alle nuove dipendenze (ludopatie), agli inserimenti lavorativi ed agli interventi legati alla "riduzione del danno".

Gli obiettivi ed i progetti previsti nel Programma delle Attività Territoriali per l'anno 2016 sono correlati alle risorse che saranno rese disponibili dal riparto regionale del fondo tenendo conto degli effetti che deriveranno dall'attuazione delle DGR n.1-600 e n.1-924 sul riordino della rete ospedaliera aziendale, provvedimenti recepiti dal Piano di Organizzazione conseguente al nuovo Atto Aziendale dell'ASL AL, approvato dalla Regione Piemonte con D.G.R. del 23.11.2015.

Il processo di attuazione del riordino della rete ospedaliera prevede step di attuazione progressivi, per cui gli effetti sull'anno 2016, esercizio di interesse del presente Programma, risulteranno ancora parziali.

Azioni specifiche sulla rete distrettuale, oltre a quelle previste nel presente Programma, saranno adottate, nel quadro e con la tempistica della piena attuazione del nuovo assetto della rete ospedaliera aziendale, per le aree territoriali sulle quali sono previsti dalle DGR n.1-600 e n.1-924 interventi di riorganizzazione delle funzioni del Presidio Ospedaliero presente sul Territorio.

#### **ALLEGATI:**

- **ALLEGATO 2 – LO SCHEMA DEL PAT**
- **ALLEGATO 3 - SCHEDE PROGETTUALI**

## LEGENDA

CODICE LIVELLO ASSISTENZIALE	VOCE	DESCRIZIONE
20201	MMG	MEDICO DI MEDICINA GENERALE
	AFT	AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
	UCCP	UNITA' COMPLESSE DI CURE PRIMARIE
20202	BDDE	BANCA DATI DEMOGRAFICA EVOLUTIVA
	PLS	PEDIATRA DI LIBERA SCELTA
	AFT	AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
20401	UCCP	UNITA' COMPLESSE DI CURE PRIMARIE
	conto di bilancio 3100404	ASSISTENZA FARMACEUTICA EROGATA DA FARMACIE CONVENZIONATE
	DDD	DOSE DEFINITA GIORNALIERA
20500	PHT	PRONTUARIO DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE OSPEDALE E TERRITORIO
	conto di bilancio 3101801	ASSISTENZA INTEGRATIVA COMPRESA NEI LEA (NON COMPRESA DM332/99)
	conto di bilancio 3101802	ASSISTENZA INTEGRATIVA NON COMPRESA NEI LEA (NON COMPRESA DM 332/99)
	conto di bilancio 3101834	MAGGIOR SPESA FINANZIATA DA POLITICHE SOCIALI PER ASSISTENZA INTEGRATIVA NON COMPRESA NEI LEA (NON COMPRESA DM 332/99) - APP. ACUSTICI DIGITALI PER MINORI, MAT. USO IMP. COCLEARE E PROCESS. EXT. OREC. MED, PARRUCHE PER ALOPECIA CHEMIOTERAPIA
20603	RM / RMN	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
	PS	PRONTO SOCCORSO
20700	conto di bilancio 3101802	ASSISTENZA PROTESICA EX DM 332/99
20802	STS	CODICE STRUTTURA TERRITORIALE
	FLUSSO C	FLUSSO DATI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
30100	PS	PRONTO SOCCORSO
30201	DH	DAY HOSPITAL
30202	DO	DEGENZA ORDINARIA
	RO	RICOVERO ORDINARIO
30400	COD. 60	DISCIPLINA LUNGODEGENZA
	COD. 56	DISCIPLINA RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE
	COD. 75	DISCIPLINA NEURORIABILITAZIONE
30500	DO	DEGENZA ORDINARIA
	DH	DAY HOSPITAL
10500	CPO	CENTRO PREVENZIONE ONCOLOGICA
	MPR	MORBILLO PERTOSSE ROSOLIA
	BDDE	BANCA DATI DEMOGRAFICA EVOLUTIVA



## Allegato 2 Lo schema del PAT

### ASL AL - Distretto ACQUI TERME OVADA

Cod. LA	Livello Assistenziale	Co-responsabilità (eventuale)	Indicatore	Valore obiettivo aziendale 2016	Valore obiettivo del Distretto 2016	Valore rilevato nell'anno 2014	Azioni previste dal Distretto per realizzare il proprio obiettivo	Esistenza di scheda progettuale (SI/NO)
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro		Percentuale di unità controllate	6%			Il servizio dovrà attivarsi per raccogliere i dati a livello distrettuale	NO
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone (incl screening)		N prestazioni di primo livello - Screening mammella in rapporto alla popolazione di riferimento	standard regionali	0,35	0,26	Accordo con ASOAL per 2° liv. Acquisto prestazioni da rete ospedaliera per 2° liv.	NO
			N prestazioni di primo livello - Screening utero in rapporto alla popolazione di riferimento	standard regionali	0,47	0,47	Accordo con ASOAL per 2° liv. Acquisto prestazioni da rete ospedaliera per 2° liv.	NO
			N prestazioni di primo livello - Screening sigmo in rapporto alla popolazione di riferimento	standard regionali	0,14	0,14	Accordo con ASOAL per 2° liv. Acquisto prestazioni da rete ospedaliera per 2° liv.	NO
			N prestazioni di primo livello - Screening FOBT (a liv ASL) in rapporto alla popolazione di riferimento	standard regionali			Accordo con ASOAL per 2° liv. Acquisto prestazioni da rete ospedaliera per 2° liv.	NO

			Copertura vaccinale nei bambini (ciclo base e MPR)	Ciclo base 95,9% MPR 89,6%	Acqui: 94,89% 90,00% Ovada: 98,52% 96,55%	Acqui: 94,89% 90,00% Ovada: 98,52% 96,55%	Si rimanda al progetto All 3	SI
10600	Servizio medico legale		N° prestazioni di medicina legale	36.000			Il servizio dovrà attivarsi per raccogliere i dati a livello distrettuale	NO
20100	Guardia medica		N. visite in rapporto alla popolazione di riferimento	0,18	0,14	0,10	Informatizzazione delle postazioni della Guardia Medica finalizzata ad assicurare la progressiva continuità dell'assistenza sanitaria	NO
			N. Ore apertura in rapporto alla popolazione di riferimento	0,19	0,16	0,16		
20201	Medicina generale - Medicina generica		N. MMG IN AFT (Aggreg Funzionali Territoriali) rispetto totale MMG	in via definizione	in via definizione	-	Per AFT/UCCP si rinvia alle disposizioni regionali di riferimento	NO
			N. MMG IN UCCP (Unità Complesse Cure Primarie) rispetto al totale MMG	in via definizione	in via definizione	-		NO
20202	Medicina generale - Pediatria di libera scelta		N° bilanci di salute (dato complessivo) sul numero nati	8,12	8,36	8,30	Accordi con PLS	NO
			N. PDL IN AFT (Aggreg Funzionali Territoriali) rispetto al totale di PDL	in via definizione	in via definizione	-	Per AFT/UCCP si rinvia alle disposizioni regionali di riferimento	NO
			N. PDL IN UCCP (Unità Complesse Cure Primarie) rispetto al totale di PDL	in via definizione	in via definizione	-		NO

20300	Emergenza sanitaria territoriale (118)		Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<b>13,00</b>	AC 13 OV 15	AC 13 OV 15	Attività gestita da ASO AL	NO
20401	Ass. farmaceutica - Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate		Costo netto dell'assistenza farmaceutica in rapporto alla popolazione di riferimento (i dati si riferiscono al conto 3100404)	<b>129,00</b>	<b>133,00</b>	<b>135,59</b>	Si rimanda al progetto All 3	SI
			Percentuale di consumo annuo (DDD) dei farmaci appartenenti al PHT in rapporto alla popolazione di riferimento	<b>8,00</b>	<b>8,20</b>	<b>8,43</b>		
20402	Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica		Costo netto dell'assistenza farmaceutica (DISTRIBUZIONE DIRETTA) in rapporto alla popolazione di riferimento	<b>42,00</b>	<b>40,00</b>	<b>39,61</b>	Si rimanda al progetto All 3	SI
20500	Assistenza integrativa		Totale costo netto di assistenza integrativa <b>per mille abitanti in rapporto alla popolazione di riferimento</b> - (rif. conti di bilancio 3101801-02-34 - Fonti: Distretto e Dip Farmaceutico)	<b>13.950</b>	<b>14.000</b>	<b>14.293</b>	Omogeneizzazione delle procedure nell'ambito dei singoli distretti	NO
20601	Assistenza specialistica - Attività clinica		Numero di prestazioni per abitante	<b>3,00</b>	<b>3,00</b>	<b>3,15</b>	Mantenimento del valore e attenzione a liste e tempi di attesa	NO
20602	Assistenza specialistica - Attività di laboratorio		Numero di prestazioni per abitante	<b>11,20</b>	<b>11,20</b>	<b>11,66</b>		NO
20603	Assistenza specialistica - Attività di diagnostica strumentale e per immagini		Numero di prestazioni per abitante	<b>0,88</b>	<b>0,85</b>	<b>0,86</b>		NO

			Numero di prestazioni di RM per 100 residenti	6,50	6,10	6,01		NO
20700	Assistenza protesica		Costo netto dell'assistenza protesica <b>per mille abitanti</b> in rapporto alla popolazione di riferimento- (Rif. conto di bilancio 3101803 - Fonte: Distretto)	<b>3.300</b>	<b>3.500</b>	<b>3.663</b>	Omogeneizzazione delle procedure nell'ambito dei singoli distretti	NO
20801	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a domicilio (ADI)		% di anziani >= 65 anni trattati in ADI (da indicazioni regionali liv. Intesità 3-4 senza malati terminali) in rapporto alla popolazione di riferimento	<b>0,85%</b>	<b>0,45%</b>	<b>0,42%</b>	Da valutare nel complesso dell'assistenza agli anziani	SI
20802	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)		N prestazioni di consultorio per mille abitanti in rapporto alla popolazione di riferimento	<b>85,00</b>	<b>100</b>	<b>103,00</b>	Attivazione totem informativi multilingua	NO
20803	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica		Utenti in carico nei centri di salute mentale in rapporto alla popolazione di riferimento per 100.000 abitanti (dati 2015)	<b>2.700</b>	<b>4.000</b>	<b>2.603,15</b>	Da valutare nel complesso dell'assistenza psichiatrica	NO
20804	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai disabili		N. giornate di assistenza riabilitativa a favore di disabili in rapporto alla popolazione di riferimento = <b>prestazioni orarie</b>	<b>0,06</b>	<b>0,06</b>	<b>0,04</b>	Da valutare nel complesso dell'assistenza a disabili	NO
20805	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipendenti		N° utenti in carico ( <b>per 1000 abitanti</b> ) in rapporto alla popolazione di riferimento	<b>14,50</b>	<b>13,20</b>	<b>13,09</b>	Da valutare nel complesso dell'assistenza ai tossicodipendenti	SI

20806	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani		% di anziani >= 65 anni trattati a domicilio in rapporto alla popolazione di riferimento (oltre ADI livello 20801) (da indic regionali liv. Intensità da 0 a 2)	<b>6,0%</b>	<b>5%</b>	<b>4,90%</b>	Da valutare nel complesso dell'assistenza agli anziani	SI
20807	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali		% malati terminali trattati in Cure domiciliari = casi trattati (la Regione non ha individuato la popolazione di riferimento per il calcolo della %)	<b>1.150</b>	<b>190</b>	<b>184</b>	Programmazione con Rete Oncologica	NO
21100	Assistenza idrotermale		Costo di assistenza idrotermale per mille assistiti in rapporto alla popolazione di riferimento	<b>2.360</b>	<b>4329</b>	<b>4.329,88</b>	In attesa sviluppi Terme Acqui T.	NO
20901	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica		N° giornate di semiresidenzialità per assistenza psichiatrica in rapporto alla popolazione di riferimento	<b>0,04</b>	-	-	Da valutare nel complesso dell'assistenza psichiatrica	NO
20902	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili		N° giornate di semiresidenzialità per assistenza ai disabili in rapporto alla popolazione di riferimento	<b>0,12</b>	<b>0,17</b>	<b>0,181</b>	Da valutare nel complesso dell'assistenza a disabili	NO
20903	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti		N° giornate di semiresidenzialità per assistenza ai tossicodip in rapporto alla popolazione di riferimento	<b>0,01</b>	<b>0</b>	-	Da valutare nel complesso dell'assistenza ai tossicodipendenti	NO

20904	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza agli anziani		N° giornate di semiresidenzialità per assistenza agli anziani in rapporto alla popolazione di riferimento	<b>0,03</b>	<b>0,010</b>	-	Da valutare nel complesso dell'assistenza agli anziani	NO
21001	Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica		N° giornate di residenzialità per assistenza psichiatrica	<b>0,35</b>	<b>0,450</b>	<b>0,511</b>	Da valutare nel complesso dell'assistenza psichiatrica	NO
21002	Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili		N° giornate di residenzialità per assistenza ai disabili in rapporto alla popolazione di riferimento	<b>0,30</b>	<b>0,280</b>	<b>0,271</b>	Da valutare nel complesso dell'assistenza a disabili	NO
21003	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti		N° giornate di residenzialità per assistenza ai tossicodipendenti in rapporto alla popolazione di riferimento	<b>0,10</b>	<b>0,115</b>	<b>0,104</b>	Da valutare nel complesso dell'assistenza ai tossicodipendenti	NO
21004	Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani		N° giornate per assistenza agli anziani => 65 anni in rapporto alla popolazione di riferimento	<b>5,13</b>	<b>4,70</b>	<b>4,67</b>	Da valutare nel complesso dell'assistenza agli anziani	NO
21005	Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV		N° giornate di assistenza residenziale per HIV in rapporto alla popolazione di riferimento	<b>0,02</b>	<b>0,018</b>	<b>0,019</b>	Da valutare nel complesso dell'assistenza ai tossicodipendenti	NO
21006	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai malati terminali		N° giornate di hospice per assistenza ai malati terminali deceduti per tumore in rapporto alla popolazione di riferimento	<b>1,20</b>	<b>0,60</b>	<b>0,52</b>	Valutazione su eventuale attivazione nuovi Hospice	NO
30100	Attività di pronto soccorso (accessi)		N° accesso al PS per mille assistiti in rapporto alla popolazione di riferimento	<b>320,00</b>	<b>310,00</b>	<b>312,32</b>	Da valutare con attività guardia medica	NO

30201	Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery		Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	<b>38,50</b>	<b>41,00</b>	<b>44,73</b>		NO
30202	Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria		Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	<b>105,00</b>	<b>105,00</b>	<b>104,96</b>		SI
			Percentuale parti cesari primari (PARTI CESAREI DI DONNE NON PRECESARIZZATE)	<b>21,00</b>	<b>22,00</b>	<b>22,87</b>		NO
			Percentuali pazienti >= 65 anni con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 GG in RO (INT FRATTURA FEMORE GG PRE-INT <=2 )	<b>52,00</b>	<b>49,00</b>	<b>47,12</b>		NO
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti		Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	<b>0,80</b>	<b>1,00</b>	<b>1,38</b>		NO
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione		Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	<b>8,00</b>	<b>7,70</b>	<b>7,64</b>		NO

## **ALLEGATO 3**

### **SCHEDE PROGETTUALI PER LA DEFINIZIONE DEI PROGETTI DI MIGLIORAMENTO DI MAGGIOR RILIEVO**

#### **DISTRETTO DI ACQUI TERME – OVADA**

1. APPROPRIATEZZA SPESA FARMACEUTICA: INCREMENTO USO FARMACI A BREVETTO SCADUTO
2. DEFINIZIONE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO SOCIO-ASSISTENZIALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI MIGRANTI
3. REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE FINALIZZATI ALL'ADOZIONE DI CORRETTI STILI DI VITA
4. INTERVENTI A CARATTERE LOCALE SU GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP)
5. INTERVENTI A CARATTERE LOCALE SULL'INCLUSIONE LAVORATIVA
6. MANTENIMENTO STANDARD DI COPERTURA VACCINALE
7. PERCORSO INTEGRATO DI CONTINUITÀ DI CURA OSPEDALE – TERRITORIO
8. RIORGANIZZAZIONE, RIQUALIFICAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI
9. PROGETTO SANITARIO DI INIZIATIVA "INFERMIERE DI FAMIGLIA"
10. RETE DEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI DI VULNOLOGIA
11. PRESA IN CARICO DEL CITTADINO FRAGILE CON PATOLOGIE CRONICHE IN POLI TERAPIA AL FINE DEL MIGLIORAMENTO DELL'ADERENZA TERAPEUTICA E DEL BILANCIO DI SALUTE



## 1. APPROPRIATEZZA SPESA FARMACEUTICA: INCREMENTO USO FARMACI A BREVETTO SCADUTO

<b>ASL AL</b>
<b>Distretto:</b> Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
<b>Sottolivello assistenziale:</b> Assistenza Farmaceutica
<b>Responsabile:</b> Direttore Distretto
<b>Corresponsabili:</b> Dirigenti Farmacisti di Distretto
<b>Denominazione del progetto di miglioramento:</b> APPROPRIATEZZA SPESA FARMACEUTICA: INCREMENTO USO FARMACI A BREVETTO SCADUTO
<p><b>Descrizione ed analisi del problema</b></p> <p>L'impiego appropriato delle risorse assegnate al SSN è una condizione imprescindibile per il mantenimento e la sostenibilità dell'attuale struttura universalistica del sistema sanitario, specie nell'attuale contesto di costante crescita della richiesta di servizi motivata da fattori noti (invecchiamento della popolazione, aumento delle patologie croniche, sviluppo di nuove tecnologie/progresso scientifico) e di progressiva riduzione delle risorse a disposizione.</p> <p>Il farmaco a brevetto scaduto rappresenta, in questo quadro, uno strumento di rilevanza strategica cruciale che, accanto alle garanzie derivanti dall'impiego di terapie conosciute per l'uso clinico prolungato e ben documentate, offre l'opportunità di mantenere elevati livelli di qualità assistenziale a costi molto più contenuti, permettendo di liberare risorse da destinare a trattamenti e tecnologie realmente innovative altrimenti non sostenibili.</p> <p>I medici prescrittori costituiscono i soggetti fondamentali attraverso cui garantire la maggiore diffusione possibile dei farmaci a brevetto scaduto sul territorio.</p> <p><b>Descrizione del progetto e delle attività</b></p> <p>Il progetto si propone di determinare un contenimento della spesa farmaceutica attraverso l'incremento dell'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto, in particolare di quelli che presentano il miglior rapporto costo-beneficio all'interno della medesima classe; uno degli elementi cardine per determinare il contenimento della spesa è rappresentato da interventi diretti a riorientare l'azione dei prescrittori, in particolare MMG e PLS, coinvolgendoli in percorsi mirati su patologie traccianti.</p> <p>Costituiscono attività strategiche per lo sviluppo del progetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• attività formativa ed informativa nei confronti dei prescrittori e degli assistiti</li> <li>• attribuzione di obiettivi specifici a medici specialisti ospedalieri ed ambulatoriali</li> <li>• assegnazione di obiettivi specifici a MMG/PLS</li> <li>• monitoraggio continuo dell'andamento dell'obiettivo e dei risparmi ottenuti, con particolare attenzione alle differenze rilevate per Distretto di appartenenza, per tipologia di farmaco e per ogni singolo MMG</li> </ul> <p>Oltre al processo formativo che, come sopra specificato, prevede attività di formazione / informazione nei confronti dei medici prescrittori (Specialisti e MMG/PLS), il progetto prevede l'esecuzione di una specifica campagna informativa rivolta agli assistiti sull'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto.</p> <p>In <i>ambito territoriale</i> il progetto contempla, oltre all'abituale azione di analisi e controllo delle prescrizioni SSN, l'organizzazione di incontri con le Commissioni Appropriatazza dell'ASL, alla presenza dei corrispondenti Direttori di Distretto e dei Servizi Farmaceutici correlati.</p> <p>Ai fini dello sviluppo delle attività, coerentemente con gli obiettivi proposti, si prevede, inoltre, il monitoraggio trimestrale dell'andamento del progetto attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ reportistica ad hoc : <ul style="list-style-type: none"> <li>• per singolo MMG</li> <li>• per Direttore Distretto</li> </ul> </li> <li>➤ monitoraggio attività Sportello;</li> <li>➤ monitoraggio del rispetto dei requisiti di appropriatezza nelle lettere di dimissione degli Specialisti ASL AL;</li> <li>➤ analisi di aderenza di alcuni PDTA, in particolare su patologie croniche ad alto consumo di farmaci, con rilevante impatto sulla spesa farmaceutica territoriale</li> </ul>
<p><b>Obiettivi</b></p> <p><i>Obiettivo Generale:</i> Incremento dell'uso di farmaci a brevetto scaduto</p> <p><i>Obiettivo Specifico 1:</i> Attività formativa e informativa su prescrittori (Specialisti e MMG/PLS) e assistiti</p> <p><i>Obiettivo Specifico 2:</i> Revisione del Prontuario Terapeutico (ASL / ASO)</p> <p><i>Obiettivo Specifico 3:</i> Monitoraggio andamento progetto</p>

<b>Durata del progetto</b> (Durata in mesi del progetto)	
<b>Piano di valutazione</b>	
Obiettivo Generale	Incremento dell'uso di farmaci a brevetto scaduto
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Incremento percentuale della spesa per farmaci con brevetto scaduto sul totale spesa farmaceutica convenzionata con correlato risparmio
<i>Standard di risultato</i>	Aumento di 3 punti della percentuale della spesa per farmaci con brevetto scaduto sul totale spesa farmaceutica convenzionata con correlato risparmio, entro il 2016
Obiettivo Specifico 1	Attività formativa e informativa su prescrittori (Specialisti e MMG/PLS) e campagna informativa assistiti
<i>Indicatore/i di risultato</i>	N. interventi informativi/formativi su prescrittori e N. attività informativa assistiti
<i>Standard di risultato</i>	4 interventi informativi/formativi su prescrittori e 1 campagna informativa assistiti
Obiettivo Specifico 2	Revisione del prontuario terapeutico (ASL / ASO)
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Revisione Prontuario
<i>Standard di risultato</i>	Prontuario rimodulato
Obiettivo Specifico 3	Monitoraggio andamento progetto
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Report; verifica lettere di dimissione degli Specialisti ASL AL Analisi dell'aderenza di alcuni PDTA
<i>Standard di risultato</i>	Report trimestrale; verifica semestrale lettere di dimissione degli Specialisti; analisi aderenza PDTA

### Cronoprogramma di realizzazione

	Tempistica attività (Trimestri a partire dal 1 gennaio 2016)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Attività 1: Attività formativa e informativa su prescrittori (Specialisti e MMG/PLS) e campagna informativa assistiti								
Attività 2: Revisione del prontuario terapeutico (ASL / ASO)								
Attività 3: Monitoraggio andamento progetto								

## 2. DEFINIZIONE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO SOCIO-ASSISTENZIALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI MIGRANTI

<b>ASL AL</b>
<b>Distretto:</b> Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
<b>Sottolivello assistenziale</b>
<b>Responsabile:</b> Direttore Distretto
<b>Corresponsabili:</b> SS Promozione della Salute e Medicina d'Iniziativa – Dipartimento di Prevenzione – SS Percorsi Integrati Ospedale-Territorio – Presidi Ospedalieri
<b>Denominazione del progetto di miglioramento:</b> DEFINIZIONE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO SOCIO-ASSISTENZIALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI MIGRANTI
<p><b>Descrizione ed analisi del problema</b></p> <p>Da Paese di emigrazione, negli ultimi 10 -15 anni, l'Italia è diventata paese di immigrazione, con flussi continui e diversificati a seconda delle alterne vicende geopolitiche, crisi congiunturali e accessi bellici. I dati ISTAT, che confermano la tendenza ad un aumento del fenomeno, evidenziano che al 1 gennaio 2015 nell'ambito territoriale di competenza dell'ASL AL la presenza della popolazione straniera residente è pari al 10,4 % del totale dei residenti (contro una media regionale pari al 9,6% ed una media nazionale pari al 8,2%); di questi, circa l'80% sono persone provenienti da paesi a forte pressione migratoria.</p> <p>La letteratura scientifica ha individuato che, per i gruppi vulnerabili della popolazione, con precario accesso alle risorse, e tra questi i migranti, il rischio di perdita della salute è maggiore rispetto al resto della popolazione. Numerosi indicatori mostrano che la salute della popolazione nei Paesi occidentali, e quindi anche in Italia, è migliorata (bassa mortalità infantile, aumento dell'aspettativa di vita, ecc...), ma altrettanti indici evidenziano crescenti disegualianze nella salute per i soggetti vulnerabili. La salute degli immigrati, per i quali la migrazione in se stessa rappresenta un fattore di fragilizzazione, risulta essere strettamente connessa ai sistemi di accoglienza ed ai processi di inclusione sociale messi in atto nel paese ospite. Infatti, la maggior parte delle patologie scaturiscono dalle condizioni abitative, lavorative, dal tipo di rapporto con le istituzioni, dalle difficoltà relazionali e di socializzazione. In definitiva per gli immigrati, esclusi dalla piena cittadinanza e spesso in condizioni di deprivazione economica, sociale, relazionale, culturale, i rischi per la salute sono particolarmente elevati.</p> <p><b>Descrizione del progetto e delle attività</b></p> <p>Il fenomeno impone di individuare strategie efficaci per dare risposte ai bisogni di questa nuova popolazione non solo in un'ottica di rispetto dei diritti universali, ma anche per cogliere orizzonti culturali diversi e prevenire conflitti sociali derivanti dall'esclusione sociale, conflitti che inevitabilmente hanno ricadute negative sullo sviluppo dell'intera collettività.</p> <p>Dunque, una questione prioritaria è quella di preparare i servizi, quindi anche quelli socio-sanitari, ad affrontare una utenza portatrice di culture, biografie e bisogni differenziati.</p> <p>Le principali azioni del progetto sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. definizione e attuazione di un piano strutturato di intervento, elaborato sulla base delle linee guida predisposte a livello nazionale e regionale, che contempli le attività (accoglienza, screening, misure di prevenzione compresa l'immunizzazione attiva, sorveglianza, cura) rivolte ai migranti accolti in Provincia di Alessandria nell'ambito del programma europeo <i>Triton Frontex</i>;</li> <li>2. costruzione e diffusione di linee guida per la descrizione del profilo di salute della popolazione immigrata attraverso i principali flussi correnti, allo scopo di avere informazioni quali-quantitative omogenee e confrontabili, utili alla comprensione dei principali problemi di salute che necessitano di interventi prioritari;</li> <li>3. individuazione ed implementazione, nell'ambito dei servizi territoriali, di modelli organizzativi sanitari adeguati a garantire, in modo omogeneo nel territorio dell'ASL AL, l'equità nell'accesso alla Medicina di Base e alle Cure Primarie, particolarmente per i migranti irregolari;</li> <li>4. adozione di strategie di provata efficacia di informazione e di educazione alla salute per l'utenza, basate sulla pratica della competenza culturale e dell'empowerment del singolo e della comunità con particolare riguardo alla tutela della salute materno-infantile.</li> </ol>
<p><b>Obiettivi</b></p> <p><i>Obiettivo Generale:</i> tutela della salute dei migranti</p> <p><i>Obiettivo Specifico 1:</i> definizione e attuazione di un piano strutturato di intervento che contempli le attività (accoglienza, screening, misure di prevenzione, sorveglianza, cura) rivolte ai migranti accolti in Provincia di Alessandria nell'ambito del programma europeo <i>Triton Frontex</i></p> <p><i>Obiettivo Specifico 2:</i> costruzione e diffusione di linee guida per la descrizione del profilo di salute della popolazione immigrata attraverso i principali flussi correnti</p> <p><i>Obiettivo Specifico 3:</i> individuazione ed implementazione, nell'ambito dei servizi territoriali, di modelli</p>

organizzativi sanitari adeguati a garantire l'equità nell'accesso alla Medicina di Base e alle Cure Primarie  
**Obiettivo Specifico 4:** adozione di strategie di provata efficacia di informazione e di educazione sanitaria all'utenza

**Durata del progetto**

(Durata in mesi del progetto)

**Piano di valutazione**

Obiettivo Generale	Tutela della salute dei migranti
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Obiettivi specifici
<i>Standard di risultato</i>	Sviluppo obiettivi specifici

Obiettivo Specifico 1	Definizione e attuazione di un piano strutturato di intervento che contempla le attività (accoglienza, screening, misure di prevenzione, sorveglianza, cura) rivolte ai migranti accolti in Provincia di Alessandria nell'ambito del programma europeo <i>Triton Frontex</i>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Piano strutturato di intervento
<i>Standard di risultato</i>	Presenza del documento descrittivo del piano di intervento

Obiettivo Specifico 2	Costruzione e diffusione di linee guida per la descrizione del profilo di salute della popolazione immigrata attraverso i principali flussi correnti
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Linee guida per la costruzione del profilo di salute della popolazione immigrata
<i>Standard di risultato</i>	Presenza del documento descrittivo delle linee guida

Obiettivo Specifico 3	Individuazione ed implementazione, nell'ambito dei servizi territoriali, di modelli organizzativi sanitari adeguati a garantire, in modo omogeneo nel territorio dell'ASL AL, l'equità nell'accesso alla medicina di base e alle cure primarie, particolarmente per i migranti irregolari
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Definizione modello organizzativo assistenziale
<i>Standard di risultato</i>	Presenza del documento che descriva il modello organizzativo assistenziale

Obiettivo Specifico 4	Adozione di strategie di provata efficacia di informazione e di educazione alla salute per l'utenza
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Numero di interventi di informazione e educazione alla salute
<i>Standard di risultato</i>	10 interventi

### Cronoprogramma di realizzazione

	Tempistica attività (Trimestri a partire dal 1 gennaio 2016)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Attività 1: Definizione e attuazione di un piano strutturato di intervento che contempla le attività (accoglienza, screening, misure di prevenzione, sorveglianza, cura) rivolte ai migranti accolti in Provincia di Alessandria nell'ambito del programma europeo <i>Triton Frontex</i>								
Attività 2: Costruzione e diffusione di linee guida per la descrizione del profilo di salute della popolazione immigrata attraverso i principali flussi correnti								
Attività 3: Individuazione ed implementazione, nell'ambito dei servizi territoriali, di modelli organizzativi sanitari adeguati a garantire, in modo omogeneo nel territorio dell'ASL AL, l'equità nell'accesso alla medicina di base e alle cure primarie, particolarmente per i migranti irregolari								
Attività 4: Adozione di strategie di provata efficacia di informazione e di educazione alla salute per l'utenza								

### 3. REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE FINALIZZATI ALL'ADOZIONE DI CORRETTI STILI DI VITA

<b>ASL AL</b>
<b>Distretto:</b> Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
<b>Sottolivello assistenziale</b>
<b>Responsabile:</b> Direttore Distretto
<b>Corresponsabili:</b> SS Promozione della Salute e Medicina d'Iniziativa – Dipartimento di Prevenzione
<b>Denominazione del progetto di miglioramento:</b> REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE FINALIZZATI ALL'ADOZIONE DI CORRETTI STILI DI VITA
<p><b>Descrizione ed analisi del problema</b></p> <p>Secondo i dati dell'OMS, l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono causati da alcune patologie (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscoloscheletrici) che hanno in comune fattori di rischio modificabili, quali il fumo di tabacco, l'obesità e sovrappeso, l'abuso di alcol, lo scarso consumo di frutta e verdura, la sedentarietà, l'eccesso di grassi nel sangue e l'ipertensione arteriosa. Tali fattori di rischio sono responsabili - da soli - del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. Nel nostro paese, essi si distribuiscono in maniera molto differente nella popolazione e sono molto più diffusi tra le persone delle classi socio-economiche più basse, le quali hanno una mortalità e una morbosità molto maggiori rispetto a chi, socialmente ed economicamente, si trova in posizione più avvantaggiata. A perdere rapidamente il proprio patrimonio di salute sono anche gli immigrati, a causa delle condizioni di vita in cui spesso si trovano in Italia.</p> <p>Tali condizioni, inoltre, pur influenzate da comportamenti individuali, sono fortemente sostenute dall'ambiente di vita e da quello sociale. I comportamenti salutari, infatti, sono resi sempre più difficili dall'organizzazione e dal disegno urbano delle città, dall'automatizzazione, dai prezzi a volte più elevati degli alimenti più sani e dai condizionamenti del marketing. Ne consegue che i soggetti più esposti a questi rischi sono quelli più vulnerabili: i bambini e le famiglie più povere.</p> <p>Negli ultimi anni, per effetto di strategie adottate in Italia e nel mondo, si sono potuti osservare alcuni cambiamenti nella giusta direzione (si pensi alla tutela dal fumo passivo) ma permangono, tuttavia, anche andamenti negativi per certi fattori ed in sottogruppi di popolazione.</p> <p>L'obesità è in aumento nell'insieme della popolazione e nei bambini, i giovani continuano ad essere attratti dal fumo di tabacco, le classi economiche più disagiate sono ancora le più esposte ai rischi del fumo, dell'abuso dell'alcol, della sedentarietà, di una alimentazione errata.</p> <p>I 4 principali fattori di rischio (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica) – in gran parte modificabili e nei quali è possibile identificare con certezza i principali determinanti delle malattie croniche più frequenti nel nostro paese – sono ben conosciuti ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili.</p> <p><b>Descrizione del progetto e delle attività</b></p> <p>Su tali premesse, ed in linea con quanto predisposto nel Piano Locale della Prevenzione dell'ASL AL, risulta prioritario programmare un intervento di salute pubblica che affronti in modo globale questi fattori di rischio, consentendo di guadagnare salute e garantendo la sostenibilità del Sistema Sanitario in termini economici e di efficacia.</p> <p>Tale programma permetterà di inquadrare in maniera coordinata il contrasto ai fattori di rischio con un approccio non solo agli aspetti sanitari, ma anche alle implicazioni ambientali, sociali ed economiche, e prevederà la condivisione degli obiettivi da parte degli attori coinvolti (ASL AL, Enti Locali, scuole). Contemplerà, inoltre, la definizione delle reciproche responsabilità, attraverso una programmazione ampiamente concertata e l'attivazione di azioni ed interventi che agiscano in maniera trasversale sui diversi determinanti, al fine di aumentare l'efficacia ed ottimizzare l'utilizzo delle risorse, e che comprendano interventi di comunicazione e regolazione di comunità e per gli individui.</p> <p>All'interno del progetto dovranno coordinarsi le iniziative già avviate come il contrasto al fumo e all'abuso di alcol; un impegno prioritario riguarderà l'implementazione di strategie per migliorare la dieta e promuovere l'attività fisica con l'obiettivo di contrastare l'avanzata dell'epidemia di sovrappeso/obesità, considerate le proporzioni che tale fenomeno ha raggiunto.</p> <p>Ogni intervento di educazione e promozione della salute terrà conto della conoscenza delle diseguglianze sociali nella salute, in particolare nell'accesso ai servizi e all'informazione stessa, allo scopo di individuare correttamente e raggiungere il più possibile i gruppi di popolazione più a rischio. Le campagne di intervento terranno conto di un punto di vista multiculturale, e presupporranno l'integrazione tra il distretto ed il Dipartimento di Prevenzione, al fine di garantire un approccio sinergico alle tematiche oggetto di trattazione,</p>

oltre che alleanze con soggetti esterni al sistema salute, come ad es. le scuole, finalizzate a costituire tavoli di lavoro e a assicurare partnership tra i diversi soggetti nonché aree comuni di azione mediante la definizione di obiettivi condivisi

#### Obiettivi

*Obiettivo Generale:* Intervento globale di contrasto ai fattori di rischio

*Obiettivo Specifico 1:* Istituzione gruppo di lavoro multidisciplinare e multisettoriale

*Obiettivo Specifico 2:* Definizione programma globale interventi di promozione della salute

*Obiettivo Specifico 3:* Attuazione programma interventi di promozione della salute

#### Durata del progetto

(Durata in mesi del progetto)

#### Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Intervento globale di contrasto ai fattori di rischio
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Implementazione azioni di contrasto alle patologie da errati stili di vita
<i>Standard di risultato</i>	Attuazione interventi di promozione della salute finalizzati alla mitigazione dei principali fattori di rischio
Obiettivo Specifico 1	Istituzione gruppo di lavoro multidisciplinare e multisettoriale
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Istituzione gruppo di lavoro
<i>Standard di risultato</i>	Documento di istituzione del gruppo di lavoro
Obiettivo Specifico 2	Definizione programma globale interventi di promozione della salute
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Programma interventi di promozione della salute
<i>Standard di risultato</i>	Documento che evidenzia il piano strutturato degli interventi di promozione della salute
Obiettivo Specifico 3	Attuazione programma interventi di promozione della salute
<i>Indicatore/i di risultato</i>	N. Interventi di promozione della salute
<i>Standard di risultato</i>	12 interventi di promozione della salute

#### Cronoprogramma di realizzazione

	Tempistica attività (Trimestri a partire dal 1 gennaio 2016)							
	1	2	3	4	5	6		
Attività 1: Istituzione gruppo di lavoro multidisciplinare e multisettoriale								
Attività 2: Elaborazione programma interventi di promozione della salute								
Attività 3: Attuazione programma interventi di promozione della salute								

#### 4. INTERVENTI A CARATTERE LOCALE SU GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP)

<b>ASL AL</b>
<b>Distretto:</b> TUTTI I DISTRETTI
<b>Sottolivello assistenziale:</b> Dipartimento di Patologia delle Dipendenze
<b>Responsabile:</b> Responsabile Dipartimento di Patologia delle Dipendenze
<b>Corresponsabili:</b> Personale del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze
<b>Denominazione del progetto di miglioramento:</b> INTERVENTI A CARATTERE LOCALE SU GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP)
<p><b>Descrizione ed analisi del problema</b></p> <p>Negli ultimi anni l'interesse per il gioco d'azzardo, e per le problematiche ad esso correlate, è aumentato progressivamente in conseguenza dell'espansione del fenomeno cui deriva un impatto negativo di natura economica, sociale e sanitaria.</p> <p>La dimensione del fenomeno del gioco d'azzardo in Italia è difficilmente stimabile in quanto, ad oggi, non esistono studi accreditati, esaustivi e validamente rappresentativi. La popolazione italiana totale è stimata in circa 60 milioni di persone, di cui il 54% sarebbero giocatori d'azzardo (dato rilevato con la domanda "Lei ha giocato d'azzardo almeno una volta negli ultimi 12 mesi?"). Ai dati Nazionali è utile aggiungere quelli del territorio, che vedono Alessandria al secondo posto nella classifica del fatturato ottenuto attraverso il gioco con 550 milioni di euro relativi al 2012 con una spesa pro capite di 1370 euro. Il numero di pazienti affetti da gioco d'azzardo patologico seguiti dai Ser.D. del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze nel corso del 2014 è stato di 88 e nel 1° semestre 2015 di 106. Nonostante il dato numerico riguardante le persone che si rivolgono ai nostri servizi sia in crescita, è ancora lontano dal rappresentare il numero reale delle persone portatrici del problema. Infatti la stima dei giocatori d'azzardo problematici varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale mentre la stima dei giocatori d'azzardo patologici varia dallo 0,5% al 2,2% (Ministero della Salute, 2012).</p> <p><b>Descrizione del progetto e delle attività</b></p> <p>Al fine di garantire un approccio globale al fenomeno del gioco d'azzardo ed alle conseguenze ad esso derivanti, è stato istituito uno specifico gruppo di lavoro che affronti il problema non esclusivamente dal punto di vista sanitario, ma che attivi un sistema di alleanze e collaborazioni mediante logiche di rete con Enti pubblici e privati già impegnati nell'attività di contrasto al fenomeno con l'obiettivo di sensibilizzare l'opinione pubblica, i gestori dei locali con offerta di gioco, gli operatori sociali e sanitari; costituirà, inoltre, obiettivo del gruppo la facilitazione dell'accesso delle persone portatrici di dipendenza da gioco e delle loro famiglie verso le organizzazioni di accoglienza, ascolto, supporto e cura.</p> <p>Obiettivi: effettuare la mappatura dei luoghi legali di gioco; sensibilizzare il territorio e consolidare la rete inviante; costituire un modello di lavoro integrato tra i servizi coinvolti; Prevenire il fenomeno nella popolazione giovanile attraverso interventi diretti all'interno degli Istituti Scolastici; contenere le forme di deriva del gioco d'azzardo.</p>
<p><b>Obiettivi</b></p> <p><i>Obiettivo Generale:</i> Attuare azioni di contrasto al fenomeno del gioco d'azzardo patologico sul territorio dell'ASL AL</p> <p><i>Obiettivo Specifico 1:</i> Effettuare la mappatura dei luoghi legali di gioco</p> <p><i>Obiettivo Specifico 2:</i> Sensibilizzare il territorio e consolidare la rete inviante</p> <p><i>Obiettivo Specifico 3:</i> Costituire un modello di lavoro integrato tra i servizi coinvolti</p> <p><i>Obiettivo Specifico 4:</i> Prevenire il fenomeno nella popolazione giovanile attraverso interventi diretti all'interno degli Istituti Scolastici</p> <p><i>Obiettivo Specifico 5:</i> Contenere le forme di deriva del gioco d'azzardo</p>



### Durata del progetto

(Durata in mesi del progetto)

### Piano di valutazione

Obiettivo Generale	<i>Attuare azioni di contrasto al fenomeno del gioco d'azzardo patologico sul territorio dell'ASL AL</i>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Attuazione degli obiettivi specifici predisposti
<i>Standard di risultato</i>	100% obiettivi specifici

Obiettivo Specifico 1	<i>Effettuare la mappatura dei luoghi legali di gioco</i>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Numero di operatori individuati; costruzione mappa dei luoghi di gioco d'azzardo
<i>Standard di risultato</i>	>= 4 operatori individuati; individuazione di almeno l'80% di tutte le agenzie di gioco sul territorio entro il 6 mese

Obiettivo Specifico 2	<i>Sensibilizzare il territorio e consolidare la rete inviante</i>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Numero di richieste di informazioni telefoniche presso i Ser.D e tramite sito web ASLAL; numero di partecipanti a eventi pubblici divulgativi in ogni sede Distrettuale
<i>Standard di risultato</i>	>= 50 richieste telefoniche; >= 100 partecipanti a eventi pubblici divulgativi in ogni sede Distrettuale

Obiettivo Specifico 3	<i>Costituire un modello di lavoro integrato tra i servizi coinvolti</i>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Costituzione di un gruppo di lavoro integrato sul Gioco d'azzardo Patologico; numero di invii alla SS Gioco Patologico dagli Enti della rete
<i>Standard di risultato</i>	>= 4 incontri del gruppo di lavoro; >= 20 nuovi utenti inviati dalla rete.

Obiettivo Specifico 4	<i>Prevenire il fenomeno nella popolazione giovanile attraverso interventi diretti all'interno degli Istituti Scolastici</i>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Numero di interventi effettuati
<i>Standard di risultato</i>	>= 20 interventi nei gruppi classe

Obiettivo Specifico 5	<i>Contenere le forme di deriva del gioco d'azzardo</i>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Numero di casi in accoglienza; numero di casi in trattamento; numero di familiari in trattamento
<i>Standard di risultato</i>	>= nuovi 30 utenti in accoglienza; >= 50% dei casi in accoglienza passa al trattamento; >= 30% dei familiari degli utenti in trattamento

### Cronoprogramma di realizzazione

	Tempistica attività (Trimestri a partire dal 1 gennaio 2016)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Attività 1: Effettuare la mappatura dei luoghi legali di gioco</b>								
- Costituire un'unità di ricerca destinata alla mappatura dei luoghi di gioco								
- Realizzare la mappatura dei luoghi legali a rischio di gioco patologico sul territorio complessivo dell'ASL AL								
<b>Attività 2: Sensibilizzare il territorio e consolidare la rete inviante:</b>								
- Aumentare l'informazione e la sensibilità della popolazione riguardo ai rischi legati al gioco d'azzardo e informare la popolazione sull'esistenza della SS Gioco Patologico								
- Aumentare l'informazione e la sensibilità della rete costituita dalle diverse agenzie contattate riguardo ai rischi legati al gioco d'azzardo								
<b>Attività 3: Costituire un modello di lavoro integrato tra i servizi coinvolti:</b>								
- Incrementare la collaborazione tra: SOS Gioco Patologico, Enti Locali, servizi socio assistenziali, forze dell'ordine, MMG, associazioni del terzo settore (privato accreditato, giocatori anonimi)								
- Creare un gruppo di lavoro interservizi (ASL, servizi socio assistenziali, associazioni del terzo settore) per l'individuazione precoce del problema e l'invio ai luoghi di cura								
- Implementare sinergie con i servizi socio-assistenziali per la tutela economica della famiglia e l'eventuale tutela dei minori presenti nel nucleo								
<b>Attività 4: Prevenire il fenomeno nella popolazione giovanile attraverso interventi diretti all'interno degli Istituti Scolastici:</b>								
- Predisporre interventi specifici di prevenzione primaria negli istituti scolastici								
- Effettuare interventi nelle classi								
<b>Attività 5: Contenere le forme di deriva del gioco d'azzardo:</b>								
- Accogliere e prendere in carico i giocatori patologici con interventi medici, sociali, educativi e psicoterapeutici (individuali, di coppia e familiari)								
- Accogliere e prendere in carico le famiglie dei giocatori tramite l'utilizzo di strumenti come la terapia di coppia e la terapia familiare								

## 5. INTERVENTI A CARATTERE LOCALE SULL'INCLUSIONE LAVORATIVA

<b>ASL AL</b>
<b>Distretto:</b> Acqui Terme – Ovada – Novi Ligure - Tortona
<b>Sottolivello assistenziale</b> Dipartimento di Patologia delle Dipendenze
<b>Responsabile:</b> Responsabile Dipartimento di Patologia delle Dipendenze
<b>Corresponsabili:</b> Assistenti Sociali Dipartimento di Patologia delle Dipendenze
<b>Denominazione del progetto di miglioramento:</b> INTERVENTI A CARATTERE LOCALE SULL'INCLUSIONE LAVORATIVA
<p><b>Descrizione ed analisi del problema</b></p> <p>L'importanza del lavoro come fattore fondamentale per l'affrancamento e l'integrazione sociale delle persone che, per diversità relazionali, culturali o sociali rischiano di trovarsi in una condizione di svantaggio, di disparità emarginante, di grave disagio, è una certezza ormai da tempo acquisita, quantomeno a livello di coscienza collettiva culturalmente avvertita.</p> <p>Le persone che versano in situazioni di fragilità si confrontano con una crescente scarsità di opportunità di vita e di promozione/inclusione sociale e spesso, se reinserite nella società, sono costantemente esposte al rischio di precarietà e di ritorno alla marginalità sociale o a ricadute nella dipendenza patologica, se non supportate adeguatamente da un sistema di relazioni e di servizi in grado di fungere da rete di sicurezza per la persona.</p> <p>L'inclusione lavorativa richiede lo sviluppo e il potenziamento della rete dei servizi presenti sul territorio, soprattutto in rapporto ai centri provinciali per l'impiego (CPI) al fine di migliorare l'offerta di servizi a persone in situazioni di dipendenza patologica. Il reinserimento socio-lavorativo costituisce un'area di intervento principale nell'ambito delle dipendenze patologiche, sia per i programmi di trattamento ambulatoriale che residenziale, soprattutto nella fase di conclusione del percorso comunitario.</p> <p>Un elemento fondamentale è rappresentato dai tirocini di inclusione lavorativa in considerazione della necessità di costruire attività riabilitative <u>propedeutiche</u> al reinserimento sociale e lavorativo di pazienti seguiti dai Ser.D. che versano prioritariamente nelle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in fase di reinserimento post-comunitario o al termine di una fase di cura e riabilitativa (dimissioni da ricoveri, cliniche, ecc.);</li> <li>- in condizione di misura alternativa alla detenzione o messa alla prova attraverso un progetto trasmesso all'Autorità Giudiziaria;</li> <li>- donne sole e/o con figli senza reti di sostegno sociale ed economico;</li> <li>- singoli o coppie con figli che necessitano un progetto di accompagnamento verso una genitorialità responsabile e inseriti in progetti di rete o di controllo dell'Autorità giudiziaria minorile</li> <li>- in condizione di grave marginalità sociale e/o di precarietà delle condizioni di salute generali.</li> </ul> <p>In tutte queste situazioni si rende necessario prospettare progetti di inclusione sociale e lavorativa sia per poter acquisire un'osservazione clinica più approfondita sia per contenere / ridurre le ricadute nelle sostanze d'abuso sia per consentire un cambiamento nello stile di vita della persona.</p> <p>Inoltre è riconosciuto anche in letteratura che un positivo intervento di inclusione sociale e lavorativa può ridurre i costi sanitari (ad esempio, dei ricoveri in strutture sanitarie o di terapeutiche) e sociali (ad esempio, detenzioni per recidiva di attività illegale, ecc..)</p> <p><b>Descrizione del progetto e delle attività</b></p> <p>Il presente progetto fa riferimento alla programmazione dei Piani Locali delle Dipendenze biennio 2016-2017 (Sezione F Scheda Inclusione sociale e Inserimenti lavorativi), al Regolamento dei servizi d'inserimento lavorativo dei Ser.D dell'ASL 20 (delibera n.2013/577 del 9.07.2013) e alla DGR 07.04.2014 n.42-7397 Regione Piemonte.</p> <p>Il progetto prevede un piano di intervento multifasico, che si compone delle attività di seguito riportate.</p> <p><b>1. Costituzione dello staff di gestione del Progetto (in collaborazione con la rete dei servizi locali per l'inclusione lavorativa dei soggetti svantaggiati – ASL - Provincia e Centri Provinciali Impiego – Comuni, Servizi Sociali, privato sociale e cooperazione sociale)</b></p> <p><i>Nel primo periodo si intende delineare un modello di intervento condiviso e costruire una rete fattiva di soggetti che collaborano e costruiscono progetti di inclusione lavorativa in modo coordinato e integrato. Inoltre, la messa in rete delle conoscenze e delle informazioni consentirà un migliore utilizzo delle risorse e una razionalizzazione degli interventi incrementando il sistema dell'offerta. La crisi del welfare tradizionale necessita, infine, di trasformarsi anche attraverso l'individuazione di nuove soluzioni sostenibili socialmente ed economicamente quale quella che si propone l'attuale progettazione</i></p>

## 2. Coordinamento e gestione del Progetto

*Si intende in questa fase:*

- sperimentare un modello di integrazione pubblico-privato non profit e profit (le Aziende) in grado di promuovere percorsi personalizzati di inserimento lavorativo e di inclusione per soggetti dipendenti da sostanze;
- incrementare le opportunità occupazionali per il target group;
- ridurre il pregiudizio e la discriminazione che spesso rende vano il processo di reinserimento e riabilitazione del soggetto affetto da dipendenza patologica.

## 3. Ricerca e individuazione Aziende

*Si prevede un ampliamento delle opportunità d'inserimento rispetto alla banca dati Aziende già in uso attraverso una messa in rete delle conoscenze e un'attività promozionale e di ricerca tesa a valutare, oltre alla disponibilità ad accogliere nuovi tirocinanti, anche la congruità occupazionale, dell'ambiente di lavoro, dell'organizzazione, delle competenze richieste, della percezione qualitativa che le aziende hanno dello svantaggio e della dipendenza, ecc..)in collaborazione con la rete locale dei servizi.*

## 4. Individuazione utenti Ser.D per inclusione lavorativa /Elaborazione progetti individualizzati per inserimento lavorativo a valenza riabilitativa o di reinserimento sociale.

*In tale fase è sviluppata l'azione di mediazione, supporto e accompagnamento del soggetto (tutoraggio) con l'obiettivo di favorire l'inserimento e l'acquisizione di competenze sufficienti per migliorarne l'occupabilità. La finalità di ogni percorso è il raggiungimento di una sufficiente integrazione sociale della persona all'interno di un sistema produttivo; contestualmente si offrono strumenti anche all'Azienda o Cooperativa ospitante (es: consulenza sulle opportunità di assunzione, sostegno per situazioni di disagio, ecc ) utili per possibili stabilizzazioni/ assunzioni.*

## 5. Attività di accoglienza, informazione e orientamento informativo

*Considerando l'utente un soggetto che possa essere valorizzato rispetto alle sue capacità e competenze, in tale fase si procederà all'esecuzione di attività di accompagnamento e di empowerment finalizzate a incrementare le potenzialità del soggetto anche rispetto ad una ricerca guidata delle opportunità di inserimento esistenti in quel determinato territorio. (auto-consultazione, consulenza informativa diretta, ecc..)*

## 6. Counselling orientativo e bilancio di competenze – valutazione clinica sul modello ICF – dipendenze

*Tale fase prevede un assessment attraverso il sistema di classificazione ICF-dipendenze, modulato nello specifico rispetto alle performance e capacità del soggetto con problemi di dipendenza. Inoltre, dal punto di vista tossicologico, si utilizzeranno i sistemi già in uso (es. per l'alcol: Cage, Audit, classificazione Cloninberg tipo 1 e tipo 2...; diagnosi DSM V, etc..) per un valutazione del funzionamento sociale e relazionale del paziente utile per procedere all'inserimento e alla scelta dell'ambito ospitante più opportuno per la persona.*

## 7. Sistema di valutazione

*Si prevede una reportistica intermedia e finale condivisa dallo staff di Progetto attraverso la definizione di indicatori di processo e di risultato sull'esperienza in itinere e conclusiva*

### Obiettivi

*Obiettivo Generale:* Promozione di interventi di inclusione lavorativa attraverso un progetto realizzato secondo logiche di rete

*Obiettivo Specifico 1:* Costituzione dello staff di gestione del Progetto

*Obiettivo Specifico 2:* Individuazione utenti Ser.D per inclusione lavorativa /Elaborazione progetti individualizzati per inserimento lavorativo a valenza riabilitativa o di reinserimento sociale

*Obiettivo Specifico 3:* Attività di accoglienza, informazione e orientamento informativo, counselling orientativo e bilancio di competenze – valutazione clinica sul modello ICF –dipendenze

*Obiettivo Specifico 4:* Sistema valutazione mediante report con analisi del Progetto mediante indicatori in processo e di esito

<b>Durata del progetto</b> (Durata in mesi del progetto)	
<b>Piano di valutazione</b>	
Obiettivo Generale	Promozione di interventi di inclusione lavorativa attraverso un progetto realizzato secondo logiche di rete
<i>Indicatore/i di risultato</i>	N. <b>16</b> tirocini formativi finalizzati all'inclusione lavorativa
<i>Standard di risultato</i>	75% dei tirocinanti deve concludere positivamente l'esperienza avviata.
Obiettivo Specifico 1	Costituzione dello staff di gestione del Progetto
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Costituzione staff
<i>Standard di risultato</i>	Documento che individui lo staff per lo sviluppo del Progetto. Riferimento alla delibera n. 2013/314 del 5.04.2013 relativa al Protocollo d'intesa per il coordinamento interservizi per l'inclusione lavorativa tra Provincia, CPI, CSM, Servizi Sociali, privato sociale e Enti Locali. Per la parte operativa si farà riferimento agli incontri del Coordinamento Dipartimentale per l'inclusione sociale e lavorativa dei Ser.D e, in ogni specifico servizio, all'integrazione con la rete dei servizi sociali del territorio.
Obiettivo Specifico 2	Attività di accoglienza, informazione e orientamento informativo, Counseling orientativo e bilancio di competenze – valutazione clinica sul modello ICF – dipendenze
<i>Indicatore/i di risultato</i>	N. 24 attività di accoglienza, informazione e orientamento informativo N. 20 counselling e bilancio di competenze – valutazione clinica sul modello ICF – dipendenze
<i>Standard di risultato</i>	N. 20 attività di accoglienza, informazione e orientamento informativo N.16 counseling e bilancio di competenze – valutazione clinica sul modello ICF – dipendenze
Obiettivo Specifico 3	Individuazione utenti Ser.D per inclusione lavorativa /Elaborazione progetti individualizzati per inserimento lavorativo a valenza riabilitativa o di reinserimento sociale
<i>Indicatore/i di risultato</i>	N. 24 utenti Ser.D individuati N. 20 progetti individualizzati per inserimento lavorativo elaborati
<i>Standard di risultato</i>	N. 16 utenti Ser.D individuati N. 16 progetti individualizzati per inserimento lavorativo elaborati
Obiettivo Specifico 4	Sistema valutazione mediante report con analisi del progetto mediante indicatori in processo e di esito
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Reportistica intermedia e finale
<i>Standard di risultato</i>	n. 4 incontri a cadenza trimestrale con i Servizi coinvolti per la programmazione, la gestione, le verifiche ex ante, intermedie e finali dell'intera progettualità. Al termine dell'esperienza stesura di un report sui risultati finali dell'esperienza.

### Cronoprogramma di realizzazione

	Tempistica attività (Trimestri a partire dal 1 gennaio 2016)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Attività 1: Costituzione dello staff di gestione del progetto								
Attività 2: Coordinamento e gestione del progetto								
Attività 3: Individuazione e ricerca aziende								
Attività 4: Individuazione utenti Ser.D per inclusione lavorativa /Progettazione progetti individualizzati per inserimento lavorativo a valenza riabilitativa o di reinserimento sociale								
Attività 5: Attività di accoglienza, informazione e orientamento informativo								
Attività 6: Counselling orientativo e bilancio di competenze – valutazione clinica sul modello ICF –dipendenze								
Attività 7: Sistema di valutazione								

## 6. MANTENIMENTO STANDARD DI COPERTURA VACCINALE

<b>ASL AL</b>
<b>Distretto:</b> TUTTI I DISTRETTI
<b>Sottolivello assistenziale:</b> vaccinazioni pediatriche
<b>Responsabile:</b> Referente aziendale Vaccinazioni
<b>Corresponsabili:</b> Personale medico interessato
<b>Denominazione del progetto di miglioramento:</b> MANTENIMENTO STANDARD DI COPERTURA VACCINALE
<p><b>Descrizione ed analisi del problema</b></p> <p>Un elevato tasso di copertura vaccinale costituisce un elemento cardine per garantire la prevenzione delle patologie per le quali sono disponibili i vaccini.</p> <p>In Italia si è assistito ad un progressivo calo delle coperture vaccinali, con il rischio di recrudescenza di diverse patologie infettive prevenibili da vaccino; la riduzione del livello di copertura vaccinale della popolazione ha determinato allarme nella comunità scientifica in considerazione dell'impatto sanitario derivante dalle malattie per le quali lo strumento vaccinale costituisce l'elemento cardine per garantirne la prevenzione ed evitare, pertanto, anche forme complicate con incremento dei costi in termine di salute della collettività ed economici.</p> <p>Il fenomeno della riduzione delle coperture vaccinali è da ricondursi ad una molteplicità di fattori, tra cui:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) La mancata percezione del pericolo da parte della popolazione</li> <li>2) La diffusione di informazioni errate sul Web</li> <li>3) La critica all'industria farmaceutica</li> <li>4) La sopravvalutazione dei rischi dei vaccini.</li> </ol> <p><b>Descrizione del progetto e delle attività</b></p> <p>Il progetto prevede il coinvolgimento dei servizi vaccinali dell'ASL AL e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) con l'intento di richiamare tutte le famiglie che non rispondono alla proposta vaccinale.</p> <p>Per dare più forza a questi obiettivi il progetto è stato inserito nell'Accordo aziendale con i pediatri di libera scelta sia per il 2015, che per il 2016.</p> <p>Il monitoraggio sui tassi di copertura vaccinale sarà effettuato su:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ la vaccinazione contro i virus del morbillo parotite rosolia</li> <li>✓ la vaccinazione contro il virus HPV nelle ragazze pre-adolescenti per la prevenzione del cancro alla cervice uterina</li> </ul>
<p><b>Obiettivi</b></p> <p><i>Obiettivo Generale:</i> Prevenzione delle patologie infettive prevenibili da vaccino (MPR, HPV)</p> <p><i>Obiettivo Specifico 1:</i> Mantenimento livelli di copertura della vaccinazione contro morbillo, parotite, rosolia</p> <p><i>Obiettivo Specifico 2:</i> Mantenimento livelli di copertura della vaccinazione contro l'HPV</p>

### Durata del progetto

(Durata in mesi del progetto)

### Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Prevenzione delle patologie infettive prevenibili da vaccino (MPR, HPV)
Indicatore/i di risultato	Mantenimento livello di copertura sulle vaccinazioni contro Morbillo/Parotite/Rosolia e HPV
Standard di risultato	Mantenimento standard di copertura (vedi All2 PAT)

Obiettivo Specifico 1	Mantenimento livelli di copertura della vaccinazione contro morbillo, parotite, rosolia
Indicatore/i di risultato	Tasso di copertura della vaccinazione contro morbillo, parotite, rosolia
Standard di risultato	Mantenimento tasso di copertura vaccinale per singolo Distretto (vedi All2 PAT)

Obiettivo Specifico 1	Mantenimento livelli di copertura della vaccinazione contro l'HPV
Indicatore/i di risultato	Tasso di copertura della vaccinazione contro l'HPV
Standard di risultato	Mantenimento tasso di copertura vaccinale per singolo Distretto (vedi All2 PAT)

### Cronoprogramma di realizzazione

	Tempistica attività (Trimestri a partire dal 1 gennaio 2016)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Attività 1: mantenimento del tasso di copertura vaccinale, anche attraverso la chiamata attiva da parte del PLS alle famiglie che non risponde alla chiamata vaccinale								



## 7. PERCORSO INTEGRATO DI CONTINUITÀ DI CURA OSPEDALE – TERRITORIO

<b>ASL AL</b>
<b>Distretto:</b> Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
<b>Sottolivello assistenziale:</b> Assistenza a domicilio
<b>Responsabile:</b> Direttore Distretto
<b>Corresponsabili:</b> Medici e Infermieri del Distretto
<b>Denominazione del progetto di miglioramento:</b> <b>PERCORSO INTEGRATO DI CONTINUITÀ DI CURA OSPEDALE – TERRITORIO</b>
<p><b>Descrizione ed analisi del problema</b></p> <p>Le dinamiche demografiche ed i nuovi scenari epidemiologici caratterizzati da un incremento delle patologie croniche impongono una rimodulazione strutturale nel sistema assistenziale, compresa l'adozione di specifici criteri per la continuità delle cure e di strumenti per la piena realizzazione della rete territoriale con la definizione di un modello organizzativo che preveda al centro il paziente e che assicuri concretamente un'integrazione reale tra ospedale e territorio, in modo da fornire ai bisogni assistenziali risposte appropriate, sicure ed efficaci e, nello stesso tempo, razionalizzare l'uso di risorse, ridurre gli sprechi, eliminare le inefficienze.</p> <p><b>Descrizione del progetto e delle attività</b></p> <p>Al fine di rispondere ai nuovi bisogni di salute assume elemento fondamentale la riorganizzazione del processo assistenziale, attraverso la definizione di un modello organizzativo, con l'obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ridurre i tempi di degenza ed i relativi costi per eventi morbosi a lenta e/o complessa evoluzione permettendo un utilizzo più congruo dei posti letto evitando ospedalizzazioni protratte;</li> <li>- utilizzare al meglio le risorse esistenti all'interno del sistema ospedale-territorio e favorire un più congruo utilizzo dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);</li> <li>- favorire la collaborazione e l'integrazione tra operatori ospedalieri e territoriali, mediante la costituzione di un team interaziendale che lavori per obiettivi comuni e condivisi;</li> <li>- promuovere modalità di educazione alla salute nei pazienti e nei loro familiari incoraggiando un loro ruolo partecipativo anche nella erogazione dell'assistenza, migliorandone la qualità percepita.</li> </ul> <p>Il modello organizzativo presuppone lo sviluppo e il consolidamento delle relazioni tra gli specialisti ospedalieri e quelli presenti sul territorio. L'ambito di confronto/rapporto tra ospedale e territorio interessa vari aspetti: modalità di accesso, relazioni durante il ricovero, modalità di dimissioni, condivisione dei percorsi di continuità assistenziale.</p> <p>L'elemento centrale del processo è la "presa in carico" del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di cura, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure/assistenza dai vari soggetti erogatori, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il Medico di M.G. e il Pediatra di L.S. che, svolgendo un ruolo di tutela ed assistenza nei confronti dei propri pazienti, hanno la più ampia conoscenza del loro quadro sanitario e sociale;</li> <li>- le strutture di ricovero ospedaliero sia per attività in acuzie che post-acuzie ed in particolare: i Presidi Ospedalieri di Alessandria, Casale M., Tortona, Novi L., Acqui T. e Ovada;</li> <li>- le strutture che assicurano l'assistenza domiciliare;</li> <li>- le strutture dell'assistenza socio-sanitaria territoriale.</li> </ul> <p>Al fine di produrre una forte integrazione sinergica tra ospedale e territorio, come previsto da D.G.R. 27/3628 del 28.3.2012, è necessario istituire e attivare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (N.O.C.C.) presso ogni P.O. aziendale, composto dal Dirigente Medico della Direzione Medica di Presidio, dall'Assistente Sociale Ospedaliera in organico alla Direzione Medica (o, qualora questa non sia presente, dall'Assistente Sociale distaccata) e dal personale medico e infermieristico del reparto, che riferisce al Direttore Medico di Presidio;</li> <li>- il Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (N.D.C.C.) presso ogni Distretto, composto dal Medico di Distretto, personale infermieristico e assistente sociale dell'area socio-assistenziale, integrato di volta in volta dal M.M.G. / P.L.S. dell'assistito e da personale dei servizi territoriali e/o specialistici, che riferisce al Direttore del Distretto.</li> </ul> <p>Le attività dei Nuclei sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- indagine congiunta sociale e sanitaria finalizzata all'acquisizione di elementi relativi alle condizioni sanitarie e sociali del paziente;</li> </ul>

- definizione congiunta del percorso assistenziale concordato con il beneficiario e/o con la famiglia.

Vengono, di seguito, riportate le modalità operative delle fasi (Ospedaliera e Territoriale) di cui si compone il processo assistenziale:

### **Fase ospedaliera**

Al Percorso di Continuità di cure si può accedere tramite il Pronto Soccorso o il Reparto Ospedaliero.

#### **A) Identificazione e “screening” del paziente a rischio**

Consiste nella individuazione precoce dei pazienti con problematiche assistenziali (anziano “fragile” con elevata co-morbilità, paziente in labile compenso clinico, paziente affetto da patologie cronico degenerative a tendenza invalidante ed in condizioni di solitudine e/o disagio sociale) che costituiscono situazioni a maggior rischio di “rientro” nella rete ospedaliera e con notevoli problemi per la dimissione.

Punto fondamentale, quindi, per individuare il caso come “difficile” è la valutazione precoce, già al momento del ricovero, di eventuali criticità di dimissioni del paziente.

All’accesso del paziente in DEA/PS o in Reparto l’infermiere (entro la mattina successiva al ricovero):

1. valuta il paziente mediante la compilazione di una scheda per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile e in caso di indice di Brass superiore a 10;
2. attiva immediatamente, con il medico di reparto, il N.O.C.C., il quale compila la prima parte della scheda di segnalazione;

#### **B) Segnalazione del caso**

Consiste nella attivazione del percorso “continuità di cura” attraverso la segnalazione ai nuclei distrettuali di residenza dell’assistito.

L’assistente sociale del N.O.C.C., nel più breve tempo possibile, invia la scheda di segnalazione mediante comunicazione informatica o tramite fax o e-mail al Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (N.D.C.C.) di residenza.

### **Fase Territoriale**

Il N.D.C.C. ha un compito cardine in tutto il percorso assistenziale in quanto costituisce il punto di raccordo fondamentale tra i reparti ospedalieri, i servizi territoriali, il cittadino ricoverato ed i suoi familiari.

#### **C) Valutazione dei bisogni socio-sanitari e presa in carico del paziente da parte della rete dei servizi territoriali**

1. Il N.D.C.C. nelle figure del medico di Distretto e del case-manager delle cure domiciliari, ricevuta la segnalazione dal N.O.C.C. e raccolte le informazioni, provvede a:

- contattare il medico di Medicina Generale, figura di riferimento delle cure primarie;
- contattare, per situazioni sociali particolarmente complesse, l’assistente sociale, al fine di verificare le condizioni socio-ambientali ed il contesto relazionale di riferimento;
- compilare la seconda parte della scheda di segnalazione, contenente le notizie provenienti dal MMG, dal Servizio sociale e dai Servizi di Cure Domiciliari e a metterla a disposizione del reparto presso il quale è ricoverato il paziente.

2. Il medico e il case-manager del N.D.C.C. si attivano per effettuare presso il reparto ove è ricoverato il paziente la valutazione dei bisogni sanitari ed assistenziali, al fine di individuare, congiuntamente con il N.O.C.C. e il MMG del paziente, il percorso da attuare per garantire la continuità di cura. Strumento operativo della valutazione multi-dimensionale è la terza parte della scheda di segnalazione, contenente le notizie sul profilo di autonomia, sulla diagnosi e sulla terapia da proseguire alla dimissione, la valutazione infermieristica e il piano di dimissione e che deve rappresentare la fotografia completa dei bisogni del paziente (compresi la necessità di fornitura di ausili, di fornitura diretta di farmaci, la presa in carico socio-assistenziale).

In relazione alle esigenze assistenziali, connesse al quadro clinico, il team professionale potrà avvalersi delle specifiche consulenze specialistiche (pneumologo, chirurgo, ortopedico, urologo ecc.) che collaboreranno alla stesura del progetto assistenziale, a garanzia della continuità.

Per il paziente con neoplasia si provvederà ad attivare la consulenza specialistica (oncologica o di cure palliative) per verificare i criteri di ammissibilità all’Unità Operativa Cure Palliative (U.O.C.P.). Se il paziente necessita di riabilitazione al di fuori dell’ambiente ospedaliero si provvederà ad attivare la consulenza fisiatrica.

3. Effettuata la valutazione multidimensionale intra-ospedaliera ed evidenziata la necessità di una

“continuità di cura”, il percorso post-dimissione, che deve comprendere il progetto riabilitativo, clinico ed assistenziale, il tempo di durata e i criteri di verifica, si realizza attraverso la rete delle risposte di tipo sanitario e socio-sanitario e può essere quindi effettuato:

A. in strutture dedicate alla riabilitazione o alla lungodegenza, preferibilmente individuate a livello aziendale, anche a seguito della riorganizzazione dei posti letto ospedalieri e con la creazione di strutture di cure intermedie, dedicate a pazienti stabili, ma non guariti e clinicamente complessi, che necessitano ancora di cure, controllo clinico, terapia infusione o svezzamento da terapia infusione, assistenza infermieristica, riabilitazione (prevenzione dei danni da ipomobilità, recupero capacità precedente all'evento acuto, avvio a riabilitazione specialistica, stabilizzazione e ripristino dei livelli di autosufficienza);

B. al domicilio attraverso le cure domiciliari, in assenza di problematiche socio- assistenziali ed ambientali. In tal caso, definito il progetto riabilitativo, clinico ed assistenziale condiviso tra specialisti ospedalieri, medico di medicina generale e medico del distretto, il N.D.C.C. si attiva per verificare la disponibilità di una idonea rete familiare di supporto, per attivare un'assistenza tutelare a domicilio, per provvedere alla fornitura di presidi ed ausili, di materiale di uso sanitario e farmaci necessari all'assistenza domiciliare.

In particolare, al momento della dimissione lo specialista ospedaliero ed il medico di medicina generale concorderanno i tempi e le modalità di collaborazione e dovrà essere definita la massima possibilità di comunicazione diretta fra le due figure mediche.

Il N.D.C.C presenta il percorso di cura post-dimissione al Direttore del Distretto, il quale, tenuto conto delle risorse a disposizione e delle problematiche assistenziali specifiche, dispone l'attivazione della continuità assistenziale.

Il referente territoriale (infermiere “case manager”) del N.D.C.C.:

1. entro il giorno successivo all'approvazione del Direttore di Distretto:

- invia, tramite fax o e-mail, copia del Progetto Individuale di continuità assistenziale al Servizio di Cure Domiciliari o alla struttura sanitaria ed al MMG, indicando la data delle dimissioni;
- predispone e/o controlla la logistica per il trasporto del malato;
- informa i familiari dei possibili percorsi organizzativi per la dotazione necessaria di beni sanitari per la gestione assistenziale dopo la dimissione, con particolare riguardo:
- alla fornitura di protesi e ausili;
- alle persone di riferimento della ASL che “prenderanno in carico” l'assistito.

2. entro la data di dimissione:

- predispone l'accoglienza del paziente per la data/ora di dimissione stabilite;
- verifica la disponibilità delle risorse e programma le attività definite nel piano di dimissione;
- assicura le forniture necessarie (presidi/ausili) utili nelle prime 24 ore.

### **Azioni di supporto per l'adozione del modello clinico-assistenziale**

#### **1. Formazione per il personale medico, infermieristico, riabilitativo e sociale**

Sarà predisposta una fase di formazione rivolta a tutto il personale medico ed infermieristico dei Distretti e dei reparti ospedalieri e ai Medici di Medicina Generale nonché ai Pediatri di Libera Scelta.

L'attività di formazione riguarderà sia l'applicazione del software, sia l'utilizzo delle linee guida per l'informazione e l'addestramento dei familiari relativamente alla gestione di pratiche del nursing assistenziale terapeutico e riabilitativo.

#### **2. Sistema informativo/ico e strumenti di comunicazione al territorio**

Sarà realizzato un sistema informativo/ico adeguato allo scopo che accompagni il paziente nei percorsi assistenziali in modo da garantire le informazioni cliniche e terapeutiche necessarie nei vari punti della rete e che permetta la tracciabilità in tempo reale da un setting ad un altro, univoco per tutti i livelli sanitari e che risponda a quanto previsto dai flussi informativi ministeriali.

Tale sistema informativo registrerà ogni accesso, urgente o programmato, in modo da pre-allertare i N.D.C.C. in tempi sufficientemente ampi da garantire la predisposizione della rete di cura territoriale e in grado di mettere in relazione la varie fasi del percorso di cura in cui è inserito il paziente, con la storizzazione dei percorsi, in quanto elemento cruciale per un'analisi multidimensionale e che permette, inoltre, una più puntuale programmazione da parte dell'ASL.

Dopo la valutazione all'accesso, le informazioni possono essere collocate su un server consultabile attraverso il portale aziendale. Il MMG / PLS e le persone autorizzate della ASL (nel rispetto della legge 196/2003 privacy e della sicurezza dei dati), dovranno recarsi all'Azienda Ospedaliera per la registrazione

dell'utente ed il rilascio della relativa password di accesso al sistema.

Il N.D.C.C. invierà una mail di comunicazione al MMG/PLS informandolo dell'avvenuto ricovero di un suo assistito ed invitandolo pertanto a consultare il portale.

#### DATI DI PRODUZIONE E PRESA IN CARICO

Le richieste di attivazione di percorsi di continuità di cure provenienti dai Presidi Ospedalieri dell'ASL AL e dell'ASO di Alessandria da gennaio a giugno 2015 sono:

Periodo	Richieste continuità di cure	Presenza in carico CAVS	Presenza in carico "altro"
1° semestre 2015	P.O. ASL AL /ASO AL Tot n.785	VALENZA n.169 CASALE n.129 TORTONA n.97	CURE DOMICILIARI n.230 RSA n.144 HOSPICE n.3 ALTRO n.13

#### Azioni per la valutazione della qualità nelle prestazioni erogate: gli indicatori di qualità del "percorso di continuità di cura"

Si identificano una serie di indicatori di importanza "strategica" sia come esito e verifica delle varie fasi del percorso sia come espressione e garanzia di qualità.

Questi indicatori, misurabili, si possono così schematizzare:

- 1) tempi di risposta nell'organizzazione della visita;
- 3) numero di segnalazioni nell'anno sul totale dei ricoveri/accessi;
- 4) diminuzione dei tempi di degenza ospedalieri;
- 5) diminuzione degli accessi ai D.E.A./P.S.;
- 6) incremento appropriatezza dei ricoveri ospedalieri;
- 7) diminuzione degli accessi ripetuti (con verifica delle cause degli accessi ripetuti, ad es. autoinduzione da parte del reparto, mancata compliance del paziente, limiti del caregiver).

#### Obiettivi del progetto

**Obiettivo Generale:** Incremento della presa in carico in strutture di cure intermedie a valenza sanitaria e in cure domiciliari dei pazienti in dimissione ospedaliera

**Obiettivo Specifico 1:** Introduzione operativa del nuovo modello in tutti i Distretti e Presidi Ospedalieri

**Obiettivo Specifico 2:** Formazione di tutti gli operatori interessati sull'utilizzo di criteri di individuazione delle priorità in previsione di accettazione dei pazienti in dimissione secondo i diversi luoghi di cura di destinazione (MMG/PLS, personale Cure Domiciliari, di riabilitazione, di Case di Cura) e secondo intensità delle cure previste.

**Obiettivo Specifico 3:** Predisposizione di un sistema informatico/ivo adeguato allo scopo

**Obiettivo Specifico 4:** Valutazioni delle performance del modello organizzativo attraverso la verifica degli indicatori di qualità

#### Durata del progetto

annuale

## PIANO DI VALUTAZIONE

Obiettivo Generale	Incremento della presa in carico in strutture di Cure Intermedie a Valenza Sanitaria e in Cure Domiciliari dei pazienti in dimissione ospedaliera
Indicatore/i di risultato	<ul style="list-style-type: none"> <li>I. % n° schede di Brass &gt;10 / n° segnalazioni a NDCC</li> <li>II. tempo trascorso tra inizio ricovero e segnalazione del caso a NDCC</li> <li>III. tempo trascorso tra indicazione data di dimissione e presa in carico da NDCC</li> <li>IV. % n° casi segnalati a NDCC / n° casi presi in carico</li> <li>V. % n° dimissioni in cure domiciliari e in CAVS / n° scheda di Brass &gt;10</li> <li>VI. % n° casi con ri-ricovero in H su totale n° assistiti presi in carico in cure domiciliari</li> <li>VII. % n° casi con ri-ricovero in H / totale n° assistiti presi in carico in CAVS</li> <li>VIII. % n° familiari/care giver addestrati all'autogestione del caso / n° totale dei casi</li> </ul>
Standard di processo	<ul style="list-style-type: none"> <li>I. <b>100%</b> Brass &gt;10 / n° segnalazioni a NDCC</li> <li>II. <b>90%</b> dei casi segnalati a NDCC entro i termini stabiliti (24 ore)</li> <li>III. <b>100%</b> dei casi segnalati presi in carico da NDCC entro i termini stabiliti (72 ore)</li> <li>IV. <b>90 %</b> del n° casi presi in carico</li> <li>V. <b>90%</b> di dimissioni in cure domiciliari e in CAVS con scheda di Brass &gt;10</li> <li>VI. <b>10%</b> n° casi con ri-ricovero in H presi in carico in cure domiciliari</li> <li>VII. <b>10%</b> n° casi con ri-ricovero in H presi in carico in CAVS</li> <li>VIII. <b>80%</b> n° familiari/care giver addestrati all'autogestione del caso in cure domiciliari / n° totale dei casi dimessi in cure domiciliari</li> </ul>
Obiettivo Specifico 1	Introduzione operativa del nuovo modello in tutti i Distretti e Presidi Ospedalieri
Indicatore/i di risultato	100% applicazione modello
Standard di risultato	100% applicazione modello
Obiettivo Specifico 2	Formazione di tutti gli operatori interessati all'utilizzo di criteri di individuazione delle priorità in previsione di accettazione dei pazienti in dimissione secondo i diversi luoghi di cura di destinazione (a partire dal MMG/PLS, alle cure domiciliari, alla riabilitazione, alle case di cura, ecc.) e secondo intensità delle cure previste
Indicatore/i di risultato	Numero 7 interventi formativi
Standard di risultato	Numero 5 interventi formativi
Obiettivo Specifico 3	Creazione di un sistema informatico/ivo per la gestione e la rilevazione di informazioni qualitative, di processo e di esito
Indicatore/i di risultato	% n° assistiti inseriti nel sistema informativo / n° totale degli assistiti presi in carico
Standard di risultato	100% dei casi segnalati e presi in carico deve essere tracciabile il percorso di dimissione

### Cronoprogramma di realizzazione

	Tempistica attività (Trimestri a partire dal 1 gennaio 2016)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Attività 1: Interventi formativi per l'applicazione del modello								
Attività 2: Introduzione operativa del nuovo modello in tutti i Distretti e Presidi Ospedalieri								
Attività 3: Verifica applicazione modello e indicatori di valutazione								

## 8. RIORGANIZZAZIONE, RIQUALIFICAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

<b>ASL AL</b>
<b>Distretti:</b> Alessandria – Valenza / Acqui - Ovada / Casale M. / Novi L. - Tortona
<b>Sottolivello assistenziale:</b> Assistenza a domicilio
<b>Responsabile:</b> Direttore Distretto
<b>Corresponsabili:</b> Medici ed Infermieri del Distretto
<b>Denominazione del progetto di miglioramento:</b> <b>RIORGANIZZAZIONE, RIQUALIFICAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI</b>
<p><b>Descrizione ed analisi del problema</b></p> <p>Le dinamiche demografiche ed epidemiologiche evidenziano la tendenza all'invecchiamento della popolazione e l'incremento di patologie croniche invalidanti. Dall'analisi dei profili di salute rispetto ad alcune patologie croniche ad elevato impatto sanitario, infatti, emerge il notevole numero di pazienti in trattamento con farmaci antidiabetici, con farmaci ipertensivi, ultrasessantacinquenni affetti da scompenso cardiaco, ultrasessantacinquenni affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO); dato inoltre rilevante è rappresentato dal numero di ultrasessantacinquenni affetti da almeno 3 patologie croniche.</p> <p>Nel 2014 i casi di anziani trattati in modo multi professionale sono n. 4.426, pari al 3,7% della popolazione anziana (=&gt;65 anni). L'obiettivo regionale di attività era fissato al 4% dall'Addendum al Piano di rientro e dall'Azione 14.4.3 dei P.O.2013-2015.</p> <p>L'analisi dei dati relativi al coefficiente di intensità assistenziale evidenzia che il volume complessivo d'attività di n. 14.003 casi trattati ed è costituito per il 55% (n. 7.706) dalle cosiddette "cure domiciliari prestazionali" (occasionali o cicliche o programmate) e dal 18,3% (n. 2.554) da cure domiciliari integrate di primo livello, a bassa intensità assistenziale. Pertanto, solo il 26,7% (n. 3.743) rientra tra le domiciliari integrate a media ed alta intensità assistenziale.</p> <p>Il dato riguardante i casi con basso coefficiente di intensità assistenziale sproporzionato rispetto agli altri coefficienti indica un impegno del servizio e degli operatori principalmente in cure domiciliari di livello zero e primo e fa supporre:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) la mancata presa in carico a livello distrettuale dei profili di cura più complessi;</li> <li>2) la presenza elevata di cure domiciliari di tipo prestazionale, rispetto a forme complesse e avanzate di cura.</li> </ol> <p>È, quindi, fondamentale considerare che per assistere a casa malati a complessità assistenziale elevata, affetti da pluri-patologie cronico-degenerative, in molti casi ad evoluzione irreversibile, è <b>necessaria l'introduzione di modelli assistenziali nuovi</b>, che contemplino <b>interventi flessibili e mutabili</b> nel tempo, <b>a differente intensità di cura</b> e tali da richiedere di <b>un'assistenza, estesa nelle 24 ore</b>, da parte di una <b>équipe integrata anche da professionalità specialistiche</b>.</p> <p><b>Descrizione del progetto e delle attività</b></p> <p>Il progetto prevede attività mirate a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>l'identificazione precoce dei malati</b>, con un modello di <b>sorveglianza proattiva</b>, attraverso strumenti nuovi come la predisposizione di registri di malati che "si avviano alla fine della vita" o come la definizione preliminare di elementi (connessi ai quadri patologici, all'autonomia fisica e cognitiva, al supporto familiare) che consentano di identificare precocemente malati con bisogni assistenziali potenzialmente complessi e, quindi, attivare forme di controllo adeguate;</li> <li>- garantire <b>continuità di cura ospedale - territorio</b>, ripensando al rapporto con l'ospedale, superando rigidità organizzative con la pianificazione della dimissione ospedaliera (da considerare come un</li> </ul>

processo e non il semplice atto conclusivo del ricovero) e di protocolli condivisi per avvalersi delle professionalità ospedaliere per le consulenze a domicilio;

- **valutare la complessità dei bisogni** (co-morbilità, livello di non autosufficienza, evolutività del quadro clinico, condizioni emotive del paziente e del contesto familiare, contesto abitativo e sua compatibilità con la disabilità sopraggiunta, qualità e quantità di tempo dedicato dal caregiver, condizioni economiche e relazioni sociali) attraverso l'approccio multidisciplinare ed affinando la **tecnica della valutazione** del bisogno;
- **superare la logica prestazionale** e rinforzare la **cultura e la pratica della presa in carico integrata**, sviluppando un **lavoro di equipe** dei diversi professionisti coinvolti (medici di medicina generale, medici del distretto, medici specialisti, infermieri, tecnici della riabilitazione, etc.) ed **attivando piani di cura** il cui governo clinico è affidato ai medici di MG/pediatri LS, con la regia del sistema socio-sanitario da parte del Distretto;
- elaborare **procedure e meccanismi operativi per qualificare i livelli assistenziali**;
- formulare gli strumenti di monitoraggio della qualità e dell'efficienza nella gestione delle risorse e di valutare i risultati.

<b>CASISTICA DELLE SITUAZIONI COMPLESSE ASSISTIBILI AL DOMICILIO</b>	
1. Persone fragili in condizione di disabilità, comorbilità, polipatologia, che si trovano nella fase postacuta a seguito di:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fratture di femore, protesi d'anca, di ginocchio, politrauma</li> <li>- amputazione di arto</li> <li>- insufficienze d'organo</li> <li>- scompenso metabolico</li> <li>- complicanze settiche di ferite chirurgiche</li> <li>- quadri settici complicati</li> <li>- laringectomia</li> <li>- tracheostomia</li> </ul>
2. Persone affette da patologie neurologiche:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- malattie cerebrovascolari, esiti di ictus cerebrali</li> <li>- patologie neurologiche progressive o evolutive del SNC- SNP: neurodegenerative specifiche (morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson; atrofia multi-sistemica (MSA); sclerosi multipla (SM), corea di Huntington</li> <li>- malattie del motoneurone</li> <li>- stati vegetativi, di minima coscienza</li> </ul>
3. Persone in fase avanzata di malattia per le quali sono indicate le cure palliative con intensità differenziata (cure di supporto, di fine vita):	<ul style="list-style-type: none"> <li>- malati oncologici</li> <li>- malati non oncologici:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- scompenso cardiaco cronico</li> <li>- insufficienza respiratoria cronica con particolare riferimento a pazienti che necessitano di assistenza alla ventilazione e /o di terapia continuativa</li> <li>- evoluzione di malattie neurologiche complesse</li> <li>- evoluzione di demenze, di Parkinson/parkinsonismi e di malattie cerebrovascolari</li> <li>- insufficienza epatica o renale in fase avanzata</li> <li>- insufficienza multi-organo e stati poli-patologici</li> <li>- esiti sfavorevoli di trapianto d'organo</li> <li>- disabilità gravi in esiti ed evoluzione di patologie genetiche malformative, degenerative dell'età neonatale, infantile, giovanile</li> </ul> </li> </ul>

### **Segnalazione/Proposta di ammissione**

La segnalazione, che può essere attivata dal medico MG/pediatra LS dell'interessato o dai servizi sanitari (UO Ospedaliere, Strutture socio-sanitarie), è indirizzata ad un **unico punto di accesso** dei servizi territoriali costituito, presso ogni Distretto Sanitario, dal **Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (N.D.C.C.)**, composto dal medico e da un infermiere di Distretto, integrato da un assistente sociale dell'area socio-assistenziale.

Il Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (N.D.C.C.) ha un compito cardine in tutto il percorso assistenziale in quanto costituisce il punto di raccordo fondamentale tra i reparti ospedalieri, i medici di MG/pediatri LS, i servizi territoriali, il cittadino ed i suoi familiari. Le funzioni ad esso attribuite sono, infatti:

- il coordinamento dei processi di comunicazione tra reparti ospedalieri, medici di MG/pediatri LS e servizio territoriale per l'effettuazione della valutazione multidimensionale congiunta;
- la programmazione della logistica;



- la diffusione dell'informazione;
- il controllo della presa in carico dell'assistito sul territorio.

La logica è quella di **creare un unico punto di verifica per l'attivazione del percorso di continuità assistenziale**, garantendo al cittadino una struttura organizzativa che consideri in modo completo e personalizzato le sue necessità assistenziali, gestita da operatori con conoscenza della rete dei servizi e capaci di gestire attivamente e coordinare gli interventi sanitari necessari, evitandone la frammentazione e la casualità.

La **segnalazione** deve essere predisposta su supporto informatico e deve contenere le seguenti informazioni:

- bisogno/problema rilevato;
- prima valutazione sulla presenza dei requisiti per l'attivazione di cure domiciliari;
- prima ipotesi di intervento;
- tempi di attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale.

#### **Valutazione del caso e Piano Assistenziale Individuale (PAI)**

Sulla base della proposta di ammissione all'ADI viene attivata l'Unità di Valutazione Multidimensionale, ad esclusione dei casi per i quali si renda necessaria una presa in carico immediata, dato il prevalente bisogno sanitario; per tali casi l'accesso all'ADI dovrà essere in un primo momento esclusivamente sanitario e successivamente sarà effettuata la valutazione integrata in sede di UVM per rispondere anche ai bisogni di natura sociale.

La valutazione multidimensionale rappresenta l'analisi dei problemi e dei bisogni dell'assistito ed è l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del **Piano Assistenziale Individuale**.

La valutazione viene effettuata da un team composto da:

- il medico di MG/pediatra LS dell'assistito;
- il medico, il coordinatore infermieristico e un infermiere dell'U.O. di Cure Domiciliari del Distretto;
- l'assistente sociale individuato dall'ente gestore delle funzioni socio-assistenziali;
- altre figure specialistiche collegate alla valutazione del singolo caso.

L'UVM svolge i seguenti compiti:

- la valutazione globale dello stato funzionale del paziente attraverso sistemi sperimentati, standardizzati, in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali;
- l'elaborazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) con individuazione della migliore soluzione operativa possibile per rispondere alle esigenze del soggetto, garantire la presa in carico globale della persona; è condiviso e periodicamente valutato ed aggiornato sulla base dell'evoluzione clinica del paziente; il PAI è, quindi, il documento di assunzione di responsabilità del team di cura verso il paziente e ne definisce l'impegno temporale.

All'interno del team sono individuati:

- il **case manager** che, ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza. Il *case manager* è una figura (di solito infermieristica) di raccordo con il nucleo operativo che svolgerà nel concreto il percorso assistenziale domiciliare, garantendone l'integrazione, tenendo le fila della comunicazione tra i suoi membri e assicurando che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata, senza sovrapposizioni e vuoti di assistenza; in pratica il *case manager* è colui che ha in mano il controllo della fase operativa delle ADI, verificando chi ha fatto che cosa, in che modo, in che tempi, ecc.;
- il **care manager**, riconosciuto nel medico MG/pediatra LS, il quale è il referente sanitario dell'assistito, ha la responsabilità clinica del caso e coordina gli interventi sanitari;
- il **care giver**, ovvero, il referente familiare che, adeguatamente formato e supportato, partecipa attivamente alle cure.

### **La gestione del Progetto Assistenziale Individuale (PAI)**

Il progetto assistenziale individuale deve descrivere in maniera puntuale il trattamento del caso, riportando:

- le azioni specifiche, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali impegnate;
- la quantità, le modalità, la frequenza e la durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati (n. di accessi MMG/PLS, consulenze specialistiche, n. ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare, ecc.);
- la fornitura di farmaci, beni sanitari, presidi e materiali vari;
- gli strumenti e i tempi per il monitoraggio e per la valutazione del piano (risultati osservati in relazione ai risultati attesi).

Sulla scorta del progetto, gli interventi assistenziali sono prodotti presso il domicilio attraverso la presa in carico e in cura della persona da parte del medico MG/pediatra LS con la consulenza del medico specialista, dell'infermiere, dei terapisti della riabilitazione, del dietista, dello psicologo, dell'assistente sociale, degli operatori socio-sanitari e della famiglia (care giver).

L'assistenza viene erogata tramite la **pianificazione** dei **profili di cura a livelli di intensità differenti**, anche in base al livello di autonomia raggiunto dal care giver in merito alle competenze acquisite.

Il team dovrà disporre di una **cartella clinica informatizzata** alla quale hanno accesso gli operatori sanitari (dotati di username e password), interfacciata con la cartella del medico MG/pediatra LS, con la cartella clinica ospedaliera ed il sistema dei referti di laboratorio e radiologia e con l'applicativo regionale "web-anziani" per i necessari debiti informativi.

Tutti gli operatori saranno dotati di smart-phone per consentire l'accesso web alla cartella informatizzata direttamente dal domicilio del paziente in modo che la stessa sia sempre aggiornata, aggiornabile e consultabile in tempo reale da tutto il team.

### **Accertamenti diagnostici e consulenze specialistiche**

L'esecuzione di esami, soprattutto quelli strumentali, deve essere garantita in modo agevolato, utilizzando procedura e percorso agevolato in uso per i reparti ospedalieri.

A domicilio saranno eseguiti direttamente dagli infermieri del servizio i prelievi ematici ed urinari, gli elettrocardiogrammi, la saturimetria.

Le consulenze specialistiche sono svolte il più possibile a domicilio, in tempi rispondenti alle necessità cliniche del paziente. È, tuttavia, opportuno ricorrere al teleconsulto, ovvero alla consulenza a distanza fra medici, che permette al medico MG/pediatra LS di chiedere il consiglio di uno o più medici specialisti, sulla base di informazioni e all'interscambio remoto di dati sanitari (tele-refertazioni di indagini strumentali), che possono essere trasmesse telematicamente o con accesso alla cartella informatizzata. Al riguardo è necessario definire a livello del presidio ospedaliero di riferimento orari giornalieri in cui i medici ospedalieri siano a disposizione telefonicamente dei medici MG/pediatra LS.

### **La fase di rivalutazione/monitoraggio**

L'aggiornamento del *case-mix* assistenziale e delle prestazioni correlate in termini sia di tipologia sia di intensità di cura, avviene mediante un monitoraggio periodico dei bisogni e la conseguente valutazione degli esiti.

Tale monitoraggio può esitare in un rinnovo/modifica del profilo di cura nella direzione di una minore o maggiore intensità, anche correlata alla variazione del mix di figure professionali necessarie al raggiungimento dell'obiettivo di cura e assistenza, correlato all'evoluzione dinamica dei bisogni dell'assistito.

### **La dimissione**

All'atto della dimissione va compilata una apposita scheda che, in analogia con la scheda di dimissione ospedaliera, raccoglie tutti i dati relativi all'ADI. I dati delle suddette schede saranno raccolte su supporto informatico, ai fini della realizzazione del flusso informativo regionale.

Si individuano le seguenti modalità di dimissione, a seguito di verifica da parte della U.V.M.:

- ✓ per raggiungimento degli obiettivi previsti;
- ✓ per trasferimento ad altro regime assistenziale di tipo diverso dal domiciliare, in seguito a riscontro

di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del progetto assistenziale individuale;

- ✓ per ricovero in ospedale a seguito del verificarsi di condizioni cliniche non gestibili a domicilio;
- ✓ per volontà dell'assistito;

oltre alle dimissioni per decesso della persona assistita.

### La qualità del servizio

Al fine di verificare l'andamento dell'assistenza domiciliare e il raggiungimento di determinati obiettivi, sono indicati n. 7 indicatori, riportati nella Tabella seguente.

### TABELLA: INDICATORI DI VERIFICA DELL'EROGAZIONE DI CURE DOMICILIARI E CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

PROFILO DI CURA	INDICATORI	VALORI STANDARD	CRITERI DI ELEGGIBILITÀ
CD PRESTAZIONALI	N. 1 - Numero malati assistiti >= 65 anni / residenti >= 65 anni N. 2 - Numero malati assistiti >= 75 anni / residenti >= 75 anni		Condizioni anche temporanee di particolare fragilità clinica
CD INTEGRATE DI PRIMO LIVELLO	N. 3 - Numero malati assistiti >= 65 anni / residenti >= 65 anni	3,5%	Condizioni di fragilità clinica in malati multiproblematici anche al fine di prevenire il ricovero ospedaliero Continuità assistenziale in fase di dimissione dall'ospedale o da una struttura residenziale territoriale Quadri clinici instabili che richiedono un monitoraggio continuativo e di adeguamento della terapia compatibili con la permanenza al domicilio Stati vegetativi e di minima coscienza Condizioni di terminalità oncologica e non Sclerosi Laterale Amiotrofica Aids
CD INTEGRATE DI SECONDO LIVELLO	N. 4 - Numero malati assistiti >= 75 anni / residenti >= 75 anni	7%	
CD INTEGRATE DI TERZO LIVELLO	N. 5 - Numero malati deceduti per anno a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla rete di Cure palliative a domicilio / numero malati deceduti per malattia oncologica per anno N. 6 - Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) N. 7 Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3 gg / numero malati curati a domicilio con assistenza conclusa	>=45%  >= al valore soglia individuato per l'indicatore n. 3 moltiplicato per 55 (espresso in giorni) 80%	

### La formazione e l'aggiornamento del personale

È importante garantire agli operatori percorsi formativi che permettano di acquisire competenze adeguate, sia relazionali sia etiche, oltre alla possibilità di imparare a lavorare in équipe, acquisendo le conoscenze per un confronto realmente multidisciplinare ed interprofessionale.

I percorsi formativi devono essere rivolti a tutti gli operatori coinvolti a vario titolo nel sistema ed in particolare:

- ai responsabili dei Distretti e delle Direzioni Mediche dei P.O per lo sviluppo di competenze nell'ambito dell'organizzazione e gestione integrata dei servizi;
- ai medici MG/pediatri LS, ai medici e agli infermieri dei Distretti, ai medici e agli infermieri dei Reparti dei P.O. per lo sviluppo di competenze nell'ambito delle funzioni di valutazione integrata, presa in carico degli utenti e verifica dei progetti personalizzati;
- alle figure professionali sociali per lo sviluppo di competenze nell'ambito del lavoro di assistenza e tutela a domicilio.

### Obiettivi

**Obiettivo Generale:** Introduzione di un modello organizzativo per l'assistenza dei malati in cure domiciliari con presa in carico a livello distrettuale dei profili di cura più complessi

**Obiettivo Specifico 1:** Interventi formativi per l'applicazione del modello assistenziale

**Obiettivo Specifico 2:** Applicazione di un modello assistenziale per l'implementazione delle cure domiciliari integrate

### Durata del progetto

annuale

### PIANO DI VALUTAZIONE

Obiettivo Generale	Introduzione di un modello organizzativo per l'assistenza dei pazienti mediante cure domiciliari
<i>Indicatore/i di risultato</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I. % malati assistiti <math>\geq</math> 65 anni / residenti <math>\geq</math> 65 anni</li> <li>II. % - malati assistiti <math>\geq</math> 75 anni / residenti <math>\geq</math> 75 anni</li> <li>III. % malati deceduti per anno a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla rete di Cure palliative a domicilio / malati deceduti per malattia oncologica per anno</li> <li>IV. n° giornate / anno di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208)</li> <li>V. % di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3 gg / numero malati curati a domicilio con assistenza conclusa</li> </ul>
<i>Standard di risultato</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I. <b>4%</b> malati assistiti <math>\geq</math> 65 anni / residenti <math>\geq</math> 65 anni presi in carico in cure domiciliari</li> <li>II. <b>7%</b> malati assistiti <math>\geq</math> 75 anni / residenti <math>\geq</math> 75 anni presi in carico in cure domiciliari</li> <li>III. <b>45%</b> malati deceduti per anno a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio / malati deceduti per malattia oncologica per anno</li> <li>IV. <b>2.475</b> giornate / anno di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208)</li> <li>V. <b>80%</b> di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3 gg / numero malati curati a domicilio con assistenza conclusa</li> </ul>

Obiettivo Specifico 1	Momenti formativi per l'applicazione del modello assistenziale
<i>Indicatore/i di risultato</i>	N° interventi formativi
<i>Standard di risultato</i>	N° 7 interventi formativi

Obiettivo Specifico 2	Applicazione di un modello assistenziale per l'implementazione delle cure domiciliari integrate
<i>Indicatore/i di risultato</i>	applicazione modello
<i>Standard di risultato</i>	100% applicazione modello

#### Cronoprogramma di realizzazione

	Tempistica attività (Trimestri a partire dal 1 gennaio 2016)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Attività 1: Interventi formativi per l'applicazione del modello assistenziale								
Attività 2: Introduzione operativa del nuovo modello in tutti i Distretti								
Attività 3: Verifica applicazione modello e indicatori di valutazione								

## 9. PROGETTO SANITARIO DI INIZIATIVA “INFERMIERE DI FAMIGLIA”

<b>ASL AL</b>
<b>Distretto:</b> Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
<b>Sottolivello assistenziale:</b> 20801
<b>Responsabile:</b> Direttore Distretto
<b>Corresponsabili:</b> Coordinatori Infermieristici Territoriali
<b>Denominazione del progetto di miglioramento:</b> PROGETTO SANITARIO DI INIZIATIVA “INFERMIERE DI FAMIGLIA”
<p><b>Descrizione ed analisi del problema</b></p> <p>La ricerca dell'equilibrio tra performance clinica e vincoli economici è un imperativo che induce gli operatori della sanità a una continua valutazione dei diversi modelli assistenziali al fine di individuare, pur nel perseguimento della massima qualità dell'assistenza, delle soluzioni economicamente più sostenibili. Inoltre, negli ultimi anni si è assistito a un importante cambiamento dei bisogni assistenziali della popolazione. In particolare, l'aumento della frequenza di patologie croniche quali ad esempio le patologie neurologiche, cardiovascolari, tumorali, ecc., ha condotto ad una progressiva necessità di assistere il paziente dopo la dimissione dell'ospedale e a un prolungamento del bisogno di assistenza, anche quando le cure non sono più possibili.</p> <p><b>Descrizione del progetto e delle attività</b></p> <p>Sulla base delle valutazioni sopra esposte, si intende adottare un modello assistenziale di cui si riportano i punti salienti:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) attuazione di un modello di assistenza proattiva, che sia capace di andare incontro al cittadino, raccogliendo la sua domanda di salute (manifesta) anche quando è inespressa (latente) e prima che evolva in un aggravamento o una complicanza.</li> <li>2) presa in carico dei cittadini portatori di patologie croniche.</li> <li>3) attuazione di stretta sinergia tra Medico di Medicina Generale e Infermiere di Famiglia, al fine di condividere la conoscenza dei pazienti e monitorarne le specifiche necessità di salute.</li> <li>4) organizzazione di counseling infermieristici individuali o di gruppo, educando i pazienti all'autocura, attraverso una maggiore conoscenza della propria malattia e della sua gestione.</li> <li>5) elaborazione di strategie di assistenza complesse, programmando nel tempo visite mediche, esami diagnostici, controlli da effettuare rispetto alle terapie somministrate.</li> <li>6) identificazione delle aree di miglioramento e di prevenzione, attraverso l'adozione e la promozione di corretti stili di vita (abitudini alimentari, attività fisica...).</li> <li>7) co – progettazione con le famiglie dei piani di assistenza individualizzati, fornendo consulenza per l'assistenza e per le migliorie strutturali abitative.</li> <li>8) individuazione di strategie di sollievo per gestire situazioni a rischio, causate da scompenso emotivo e da stanchezza, attivando risorse territoriali (servizi socio – assistenziali, associazioni del territorio, reti amicali e vicinali...).</li> <li>9) verificare la qualità delle azioni intraprese attraverso la raccolta sistematica dei dati, in base ad indicatori condivisi.</li> </ol>
<p><b>Obiettivi</b></p> <p><i>Obiettivo Generale:</i> Adottare un modello assistenziale proattivo che assicuri le migliori performance organizzative e la sostenibilità economica presso il territorio di riferimento</p> <p><i>Obiettivo Specifico 1:</i> Adozione del modello assistenziale proattivo nell'ambito distrettuale di Casale Monferrato</p> <p><i>Obiettivo Specifico 2:</i> Adozione del modello assistenziale proattivo nell'ambito distrettuale di Novi Ligure – Tortona</p> <p><i>Obiettivo Specifico 3:</i> Adozione del modello assistenziale proattivo sull'intero ambito provinciale</p>

### Durata del progetto

(Durata in mesi del progetto)

### Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Adottare un modello assistenziale proattivo che assicuri le migliori performance organizzative e la sostenibilità economica
Indicatore/i di risultato	1. Incremento % dei pazienti con patologie croniche presi in carico con modello assistenziale proattivo 2. Riduzione % accessi al Pronto Soccorso 3. Riduzione % giornate di ricovero inappropriate
Standard di risultato	1. >= 10 % di incremento dei pazienti con patologie croniche presi in carico con modello assistenziale proattivo 2. >= 10 % di riduzione accessi al Pronto Soccorso 3. >= 10 % di riduzione giornate di ricovero inappropriate
Obiettivo Specifico 1	Adozione del modello assistenziale proattivo nell'ambito distrettuale di Casale Monferrato
Indicatore/i di risultato	Periodo temporale entro cui adottare modello assistenziale proattivo
Standard di risultato	31 marzo 2016 adozione modello assistenziale proattivo
Obiettivo Specifico 2	Adozione del modello assistenziale proattivo nell'ambito distrettuale di Novi Ligure – Tortona
Indicatore/i di risultato	Periodo temporale entro cui adottare modello assistenziale proattivo
Standard di risultato	31 giugno 2016 adozione modello assistenziale proattivo
Obiettivo Specifico 3	Adozione del modello assistenziale proattivo sull'intero ambito provinciale
Indicatore/i di risultato	Periodo temporale entro cui adottare modello assistenziale proattivo
Standard di risultato	31 settembre 2016 adozione modello assistenziale proattivo

### Cronoprogramma di realizzazione

	Tempistica attività (Trimestri a partire dal 1 gennaio 2016)							
	1	2	3	4	5	6		
Attività 1: Estensione del progetto presso il territorio di Casale Monferrato								
Attività 2: Estensione del progetto presso il territorio di Novi – Tortona								
Attività 3: Copertura di tutto il territorio provinciale con l'attività dell'Infermieristica di Famiglia								
Attività 4: Verifica indicatori di risultato previsti nell'Obiettivo Generale								

## 10. RETE DI AMBULATORI INFERMIERISTICI DI VULNOLOGIA

<b>ASL AL</b>
<b>Distretto:</b> Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
<b>Sottolivello assistenziale:</b> 20801
<b>Responsabile:</b> Direttore Distretto
<b>Corresponsabili:</b> Coordinatori Infermieristici Territoriali
<b>Denominazione del progetto di miglioramento:</b> RETE DEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI DI VULNOLOGIA
<p><b>Descrizione ed analisi del problema</b></p> <p>Le lesioni croniche e acute, la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione rappresentano, in ambito ospedaliero e domiciliare un rilevante problema di assistenza sanitaria, che richiede un notevole impegno di gestione in termini di risorse umane, materiali e tecnologiche. Tale problema è destinato ad aumentare parallelamente con l'aumentare dell'età della popolazione, sempre più frequentemente portatrice di patologie croniche e invalidanti.</p> <p><b>Descrizione del progetto e delle attività</b></p> <p>Per offrire una assistenza ottimale a questa tipologia di pazienti, che comprenda anche l'aspetto della prevenzione ed educazione alla salute, è intenzione attivare una rete di ambulatori infermieristici di Wound Care (cura delle ferite) in tutto il territorio dell'ASL, gestito da personale infermieristico che, nel rispetto delle proprie e altrui competenze, applicando i protocolli aziendali e le linee guida più recenti, collaborerà con i referenti e/o i responsabili degli ambulatori specialistici, con gli specialisti del territorio, i MMG e i colleghi delle altre strutture.</p> <p>Questa rete ambulatoriale è un'opportunità che l'ASL offre ai cittadini portatori di lesioni cutanee che necessitano della consulenza e assistenza di un infermiere esperto in cura delle ferite.</p> <p>Ciò avviene attraverso la presa in carico della persona/utente, la valutazione dei bisogni assistenziali dei singoli, l'uso di metodologie di lavoro, la conoscenza dei nuovi materiali di medicazione e dei presidi, l'utilizzo di strumenti di pianificazione per obiettivi e di strumenti informativi aggiornati (cartella infermieristica, schede di valutazione...).</p> <p>Costituiscono obiettivi prioritari del progetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il miglioramento dell'accessibilità e della fruibilità dei cittadini ai servizi sanitari al fine di ricevere prestazioni di assistenza primaria focalizzata, soprattutto, al trattamento delle lesioni cutanee croniche e complesse;</li> <li>- la creazione un "anello" che assicuri il collegamento tra servizi, ospedale, territorio, in un'ottica di collaborazione multidisciplinare con MMG, AD, specialità ambulatoriali per una ottimale continuità assistenziale;</li> <li>- la garanzia delle risposte appropriate e di qualità, efficaci ed efficienti, ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione;</li> <li>- la promozione di attività di prevenzione (primaria e secondaria) attraverso una buona educazione alla salute (momenti di educazione alla cura della propria persona, counselling, gestione delle cronicità, cura/prevenzione del "piede diabetico", etc.);</li> <li>- lo sviluppo, di conseguenza, nelle persone (nell'ambito delle proprie funzioni) dei processi di auto-cura (self-care) al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole nelle scelte di natura assistenziale (empowerment del paziente);</li> </ul> <p>Il servizio è rivolto a pazienti esterni o interni (ricoverati in P.O. o ospiti delle Case di Riposo o altre strutture), che necessitano di una presa in carico per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> gestione di ulcere varicose degli arti inferiori;</li> <li><input type="checkbox"/> controllo ferite chirurgiche;</li> <li><input type="checkbox"/> controllo di esiti di interventi di safenectomia;</li> <li><input type="checkbox"/> gestione/controllo specialistico di postumi di ferite traumatiche;</li> <li><input type="checkbox"/> consulenza, prevenzione, trattamento delle LdP (lesioni da pressione);</li> <li><input type="checkbox"/> counselling ed educazione sanitaria nel post-operatorio (follow-up);</li> <li><input type="checkbox"/> gestione e organizzazione per la continuità assistenziale ospedale-territorio per il trattamento delle lesioni.</li> </ul> <p>La verifica dei risultati attesi verrà fatta utilizzando i seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> riduzione liste d'attesa per i controlli e le medicazioni ripetute;</li> <li><input type="checkbox"/> presa in carico del paziente da parte degli operatori;</li> </ul>



- migliore compliance terapeutica del paziente e dei care giver;
- riduzione delle complicanze e dei ricoveri ripetuti nei casi presi in carico;
- razionalizzazione e responsabilizzazione degli operatori circa la spesa di materiali e ausili attraverso una conoscenza dei nuovi materiali ed il loro uso da parte degli operatori.

### **Obiettivi**

*Obiettivo Generale:* Realizzazione degli ambulatori infermieristici di vulnologia presso il territorio dell'ASL AL, finalizzata a migliorare le performance del sistema assistenziale per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione nell'intero ambito territoriale dell'ASL AL

*Obiettivo Specifico 1:* Presentazione del progetto al personale medico ed infermieristico di Ospedale e Territorio per l'illustrazione del percorso.

*Obiettivo Specifico 2:* Attivazione dell'Ambulatorio Vulnologico presso i territori di Casale e Alessandria / Valenza

*Obiettivo Specifico 3:* Attivazione dell'Ambulatorio Vulnologico presso i territori di Acqui / Ovada e Novi / Tortona

*Obiettivo Specifico 4:* Miglioramento delle performance del sistema assistenziale per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione presso l'intero ambito territoriale dell'ASL AL

<b>Durata del progetto</b> (Durata in mesi del progetto)	
<b>Piano di valutazione</b>	
Obiettivo Generale	Realizzazione degli ambulatori infermieristici di vulnologia nel territorio dell'ASL AL, finalizzati al miglioramento delle performance del sistema assistenziale per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione presso l'intero ambito territoriale dell'ASL AL
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Copertura del fabbisogno espresso (richieste pervenute) della popolazione di tutta l'ASL
<i>Standard di risultato</i>	Gestione 90 % richieste pervenute
Obiettivo Specifico 1	Presentazione del progetto al personale medico ed infermieristico di Ospedale e Territorio per l'illustrazione del percorso
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Presentazione progetto
<i>Standard di risultato</i>	Effettuazione di almeno un incontro per la presentazione del progetto in ogni ambito territoriale dell'ASLAL
Obiettivo Specifico 2	Attivazione dell'Ambulatorio Vulnologico presso i territori di Casale e di Alessandria / Valenza
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Attivazione Ambulatorio negli ambiti territoriali di Casale e Alessandria / Valenza
<i>Standard di risultato</i>	Ambulatorio attivato secondo il cronoprogramma di attività
Obiettivo Specifico 3	Attivazione dell'Ambulatorio Vulnologico presso i territori di Acqui / Ovada e Novi / Tortona
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Attivazione Ambulatorio negli ambiti territoriali di Acqui / Ovada e Novi / Tortona
<i>Standard di risultato</i>	Ambulatorio attivato secondo il cronoprogramma di attività
Obiettivo Specifico 4	Miglioramento delle performance del sistema assistenziale per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione nell'intero ambito territoriale dell'ASL AL
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Verifica tempi liste d'attesa per controlli e medicazioni Verifica N pazienti presi in carico Compliance terapeutica del paziente e dei care giver Complicanze e ricoveri ripetuti nei casi presi in carico Verifica spesa di materiali e ausili
<i>Standard di risultato</i>	Riduzione tempi di attesa controlli e medicazioni ripetute 90 % pazienti presi in carico rispetto al fabbisogno espresso (richieste pervenute) Migliore compliance terapeutica del paziente e dei care giver Riduzione del 10% delle complicanze e riduzione del 10% dei ricoveri ripetuti nei casi presi in carico Razionalizzazione della spesa di materiali e ausili

### Cronoprogramma di realizzazione

	Tempistica attività (Trimestri a partire dal 1 gennaio 2016)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Attività 1: Presentazione del progetto al personale medico ed infermieristico di Ospedale e Territorio per l'illustrazione del percorso								
Attività 2: Attivazione dell'Ambulatorio Vulnologico presso i territori di Casale e di Alessandria / Valenza								
Attività 3: Attivazione dell'Ambulatorio Vulnologico presso i territori di Acqui / Ovada e Novi / Tortona								
Attività 4: Verifica indicatori di esito per il miglioramento delle performance del sistema assistenziale per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione nell'intero ambito territoriale dell'ASL AL								

## 11. PRESA IN CARICO DEL CITTADINO FRAGILE CON PATOLOGIE CRONICHE IN POLI TERAPIA AL FINE DEL MIGLIORAMENTO DELL'ADERENZA TERAPEUTICA E DEL BILANCIO DI SALUTE

<b>ASL AL</b>
<b>Distretto:</b> ACQUI-OVADA (studio pilota), estendibile ai rimanenti Distretti ASL AL
<b>Sottolivello assistenziale:</b> Assistenza domiciliare, cure primarie
<b>Responsabile:</b> Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore del Distretto
<b>Corresponsabili:</b> Medici di Medicina Generale, Infermieri di Famiglia
<b>Denominazione del progetto di miglioramento:</b> PRESA IN CARICO DEL CITTADINO FRAGILE CON PATOLOGIE CRONICHE IN POLI TERAPIA AL FINE DEL MIGLIORAMENTO DELL'ADERENZA TERAPEUTICA E DEL BILANCIO DI SALUTE
<p><b>Descrizione ed analisi del problema</b></p> <p>Le dinamiche demografiche, caratterizzate dal progressivo invecchiamento della popolazione, ed il contesto sanitario, che mostra un incremento delle patologie croniche costituiscono gli elementi che inducono a definire modelli di organizzazione assistenziale di presa in carico dei soggetti fragili.</p> <p>Descrizione del progetto e delle attività</p> <p>In linea con quanto sopra esposto, ed alla luce delle indicazioni della DGR - Regione Piemonte n. 12-2012 del 5 agosto 2015, relativa agli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi attribuiti ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, il gruppo di lavoro Ospedale-Territorio dell'ASL AL ha elaborato un piano di azione articolato su tre progetti principali, volti all'adeguamento della rete ospedaliera e alla riqualificazione territoriale con il fine ultimo di implementare la presa in carico e l'accoglienza del <i>cittadino fragile</i>.</p> <p>Il Progetto si propone di implementare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Un approccio che orienti l'attenzione verso le modalità assistenziali di <i>medicina di iniziativa</i> e di <i>prossimità</i> offrendo le cure più appropriate al cittadino in un'ottica di <i>azione preventiva</i> e non di <i>attesa</i>;</li> <li><input type="checkbox"/> L'<i>empowerment</i> del cittadino attraverso la promozione di corretti stili di vita;</li> <li><input type="checkbox"/> La completa applicazione del concetto di multi-professionalità, inteso come collaborazione tra professionisti sanitari in particolare Medici di Medicina Generale (MMG), Medici Specialisti e Infermieri di famiglia.</li> </ul> <p>Il Distretto di Ovada, considerate le caratteristiche epidemiologiche, sarà coinvolto nello studio della durata prevista di circa un anno (dicembre 2015-dicembre 2016). Farà seguito l'estensione del Progetto a tutti i Distretti dell'ASL AL.</p> <p>Al fine di raggiungere gli obiettivi riportati sopra, il Progetto sarà articolato su tre cardini:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Organizzazione e attivazione di un "<b>Centro di Accoglienza delle Fragilità</b>", strutturato in modo multi-disciplinare (Medico di Medicina Generale, Medico Ospedaliero e Territoriale, Psicologo, Assistente Sociale, Fisioterapista, Infermiere, Infermiere di Famiglia e personale di supporto) per la presa in carico dei destinatari del Progetto e delle loro famiglie;</li> <li>➤ <b>Azione di prioritizzazione per un corretto uso dei farmaci</b>, con l'obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica in pazienti con policronicità e in politerapia farmacologica. A tal fine saranno attivati specifici programmi volti al miglioramento degli stili di vita e alla riduzione programmata e condivisa con il paziente delle terapie in atto (studio osservazionale <i>Primavengoio</i>, approvato dal Comitato Etico Interaziendale in data 15/10/2015);</li> <li>➤ <b>Attivazione di quattro posti letto di osservazione breve territoriale (O.B.T.)</b> gestiti dai MMG con vigilanza infermieristica, ubicati nel Presidio Ospedaliero, da utilizzarsi nei casi prestabiliti dal Progetto e per un periodo massimo di osservazione di 24 ore.</li> </ul> <p>Il Piano di azione prevede l'utilizzo degli indicatori di seguito riportati:</p> <p><b>1) Indicatori Centro Accoglienza Fragilità – O.B.T.</b></p> <p>Gli indicatori di esito saranno suddivisi nelle seguenti categorie:</p> <p><b>A. Indicatori di Salute/Malattia</b></p> <p><i>Patient reported outcomes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionario di valutazione SF36 t.0 / Questionario di valutazione SF36 follow- up.</li> <li>• Questionario specifico gradimento famiglie.</li> <li>• Questionario termometro distress.</li> </ul> <p><b>B. Indicatori di Aderenza Terapeutica</b></p> <p><i>Indice di Morisky:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N pazienti aderenti a t.0 / N pazienti aderenti a t.1-t.2</li> <li>• N pazienti per letto / 365 gg.</li> <li>• N giornate utilizzo letto / 365 gg.</li> </ul>

## 2) Indicatori PRIMA VENGOIO

Gli indicatori di esito saranno suddivisi nelle seguenti categorie:

### A. Indicatori di Aderenza Terapeutica

- Posologia di prescrizione per paziente t.0 / Posologia di prescrizione paziente t.1- t.2-t.3 e t.4 (analisi per classe farmaceutica).
- Indice di Morisky:
- N pazienti aderenti a t.0 / N pazienti aderenti a t.1-t.2-t.3-t.4

### B. Indicatori di Salute/Malattia

*Patient reported outcomes:*

- Questionario di valutazione SF36 t.0 / Questionario di valutazione SF36 follow-up
- Questionario termometro distress
- Questionario specifico gradimento famiglie

### C. Indicatori di Utilizzo

- N accessi impropri a un anno dall'attivazione del progetto / N accessi impropri nell'anno precedente all'attivazione del progetto.
- N ricoveri per riacutizzazioni delle patologie croniche selezionate a un anno dall'attivazione del progetto / N ricoveri per riacutizzazione delle patologie croniche selezionate nell'anno precedente all'attivazione del progetto.

## Obiettivi

*Obiettivo Generale:* Incremento della presa in carico e dell'accoglienza del cittadino fragile

*Obiettivo Specifico 1:* Organizzazione e attivazione del "Centro di Accoglienza delle Fragilità"

*Obiettivo Specifico 2:* Azione di prioritizzazione per un corretto uso dei farmaci, con l'obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica in pazienti con policronicità e in politerapia farmacologica

*Obiettivo Specifico 3:* Attivazione di quattro posti letto di osservazione breve territoriale (O.B.T.)

<b>Durata del progetto</b> (Durata in mesi del progetto)	
<b>Piano di valutazione</b>	
Obiettivo Generale	Incremento della presa in carico e dell'accoglienza del cittadino fragile
<i>Indicatore/i di risultato</i>	1. Incremento % dei pazienti con patologie croniche presi in carico con modello assistenziale 2. Riduzione % accessi al Pronto Soccorso 3. Riduzione % giornate di ricovero inappropriate
<i>Standard di risultato</i>	1. 20 % incremento pazienti con patologie croniche presi in carico con modello assistenziale proattivo * 2. 10 % riduzione accessi al Pronto Soccorso * 3. 10 % riduzione giornate di ricovero inappropriate *
*Considerato il progetto innovativo nelle sue caratteristiche ed in mancanza di dati in letteratura, gli standard saranno rivalutati sulla base dei risultati ottenuti	
Obiettivo Specifico 1	Organizzazione e attivazione del "Centro di Accoglienza delle Fragilità"
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Attivazione Centro Verifica Indicatori di esito
<i>Standard di risultato</i>	100% Centro attivato entro il 01.03.2016 80 % soddisfacimento indicatori di esito
Obiettivo Specifico 2	Azione di prioritizzazione per un corretto uso dei farmaci, con l'obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica in pazienti con policonicità e in politerapia farmacologica
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Attivazione <i>PRIMA VENGOIO</i> Verifica Indicatori di esito
<i>Standard di risultato</i>	100% <i>PRIMA VENGOIO</i> attivato entro il 01.03.2016 80 % soddisfacimento indicatori di esito
Obiettivo Specifico 3	Attivazione di quattro posti letto di osservazione breve territoriale (O.B.T.)
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Attivazione O.B.T. Verifica Indicatori di esito
<i>Standard di risultato</i>	100% attivazione O.B.T. entro il 01.03.2016 80 % soddisfacimento indicatori di esito

### Cronoprogramma di realizzazione

	Tempistica attività (Trimestri a partire dal 4° trimestre 2015)							
	1	2	3	4	5	6		
Attività 1: <ul style="list-style-type: none"> <li>Presentazione progetto all'Equipe Territoriale MMG Ovada</li> <li>Diffusione progetto alla comunità locale</li> </ul>								
Attività 2: Inizio attività Centro Accoglienza Fragilità, PRIMAVENGOIO, O.B.T								
Attività 3: Arruolamento attivo/passivo pazienti cronici								
Attività 4: Verifica indicatori di processo e di esito								
Attività 5: Riunioni periodiche con personale coinvolto per divulgazione dati								