



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

ANNO 2016

**DISTRETTO
DI CASALE MONFERRATO**

INDICE

IL DISTRETTO DI CASALE MONFERRATO	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 CASALE M.

Comune	ex Distretto	DISTRETTO	Popolazione 31.12.2013	Superficie (kmq)	Dens. demogr. (ab/kmq)	Z.A.
Alfiano Natta	CASALE M.	CASALE M.	748	13,08	57,19	C
Altavilla Monferrato	CASALE M.	CASALE M.	481	11,27	42,68	C
Balzola	CASALE M.	CASALE M.	1.375	16,72	82,24	P
Borgo San Martino	CASALE M.	CASALE M.	1.476	6,60	223,64	P
Bozzole	CASALE M.	CASALE M.	326	9,42	34,61	P
Camagna Monferrato	CASALE M.	CASALE M.	531	9,39	56,55	C
Camino	CASALE M.	CASALE M.	802	18,45	43,47	C
Casale Monferrato	CASALE M.	CASALE M.	34.929	86,32	404,65	P
Castelletto Merli	CASALE M.	CASALE M.	490	11,76	41,67	C
Cella Monte	CASALE M.	CASALE M.	501	5,63	88,99	C
Cereseto	CASALE M.	CASALE M.	443	10,42	42,51	C
Cerrina Monferrato	CASALE M.	CASALE M.	1.484	17,09	86,83	C
Coniolo	CASALE M.	CASALE M.	459	10,34	44,39	P
Conzano	CASALE M.	CASALE M.	1.008	11,62	86,75	C
Frassinello Monferrato	CASALE M.	CASALE M.	530	8,52	62,21	C
Frassineto Po	CASALE M.	CASALE M.	1.485	29,25	50,77	P
Gabiano	CASALE M.	CASALE M.	1.197	17,81	67,21	C
Giarole	CASALE M.	CASALE M.	717	5,20	137,88	P
Mirabello Monferrato	CASALE M.	CASALE M.	1.395	13,27	105,12	P
Mombello Monferrato	CASALE M.	CASALE M.	1.082	19,89	54,40	C
Moncalvo (AT)	CASALE M.	CASALE M.	3.135	17,66	177,52	C
Moncestino	CASALE M.	CASALE M.	224	6,43	34,84	C
Morano sul Po	CASALE M.	CASALE M.	1.501	17,68	84,90	P
Murisengo	CASALE M.	CASALE M.	1.429	15,25	93,70	C
Occimiano	CASALE M.	CASALE M.	1.332	22,38	59,52	P
Odalengo Grande	CASALE M.	CASALE M.	454	15,85	28,64	C
Odalengo Piccolo	CASALE M.	CASALE M.	272	7,63	35,65	C
Olivola	CASALE M.	CASALE M.	127	2,68	47,39	C
Ottiglio	CASALE M.	CASALE M.	667	14,49	46,03	C
Ozzano Monferrato	CASALE M.	CASALE M.	1.478	15,20	97,24	C
Palazzolo Vercellese (VC)	CASALE M.	CASALE M.	1.235	13,85	89,17	P
Pomaro Monferrato	CASALE M.	CASALE M.	357	13,57	26,31	P
Pontestura	CASALE M.	CASALE M.	1.532	18,87	81,19	C
Ponzano Monferrato	CASALE M.	CASALE M.	377	11,58	32,56	C
Rosignano Monferrato	CASALE M.	CASALE M.	1.612	19,22	83,87	C
Sala Monferrato	CASALE M.	CASALE M.	374	7,67	48,76	C
San Giorgio Monferrato	CASALE M.	CASALE M.	1.297	7,13	181,91	C
Serralunga di Crea	CASALE M.	CASALE M.	587	8,79	66,78	C
Solonghella	CASALE M.	CASALE M.	227	4,92	46,14	C
Terruggia	CASALE M.	CASALE M.	919	7,24	126,93	C
Ticineto	CASALE M.	CASALE M.	1.397	8,15	171,41	P
Treville	CASALE M.	CASALE M.	292	4,67	62,53	C
Trino (VC)	CASALE M.	CASALE M.	7.401	70,60	104,83	P
Valmacca	CASALE M.	CASALE M.	1.040	12,59	82,61	P
Vignale Monferrato	CASALE M.	CASALE M.	1.042	18,81	55,40	C
Villadeati	CASALE M.	CASALE M.	495	14,50	34,14	C
Villamiroglio	CASALE M.	CASALE M.	329	9,67	34,02	C
Villanova Monferrato	CASALE M.	CASALE M.	1.899	16,59	114,47	C

TOTALE		CASALE M.	84.490	735,72	114,84
---------------	--	------------------	---------------	---------------	---------------

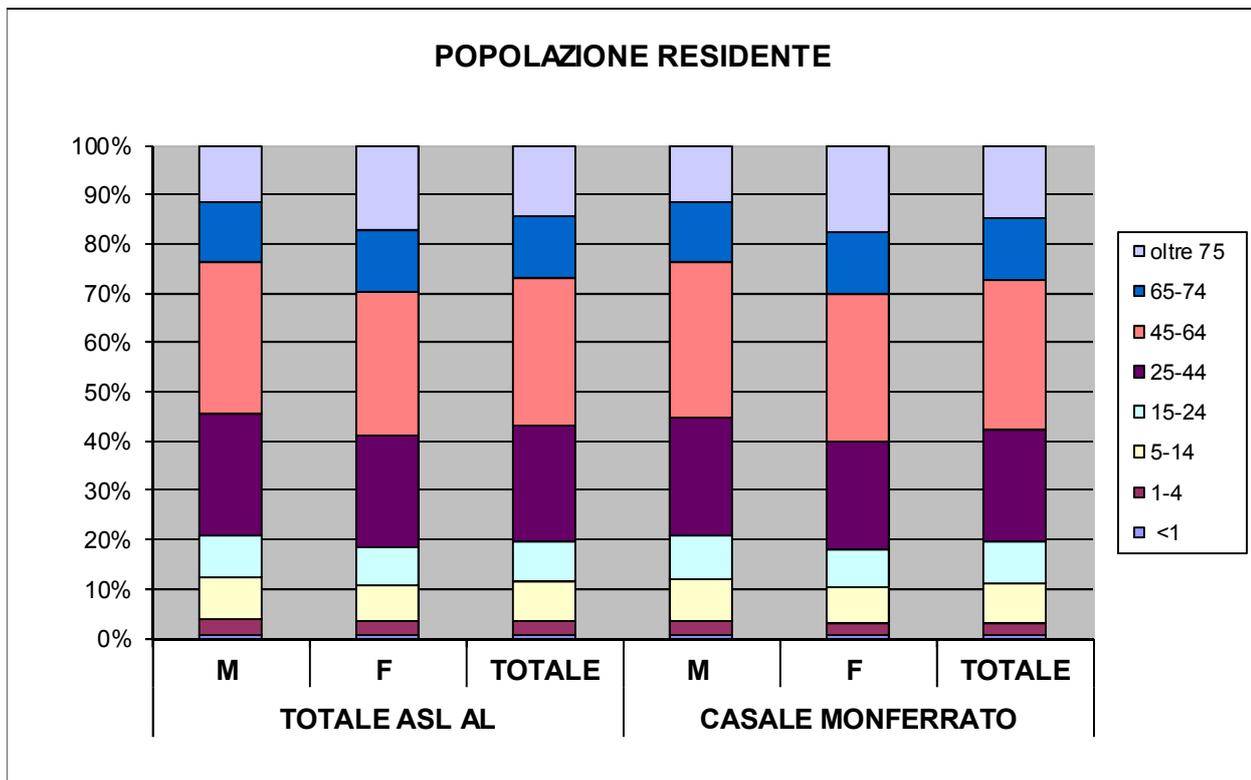
	n°	%
COMUNI	48	
di cui pianura	15	31,3%
di cui collina	33	68,8%
di cui montagna	0	0,0%

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

POPOLAZIONE RESIDENTE AGGIORNATA AL 31.12.2014

Fonte dati: BDDE Regione Piemonte

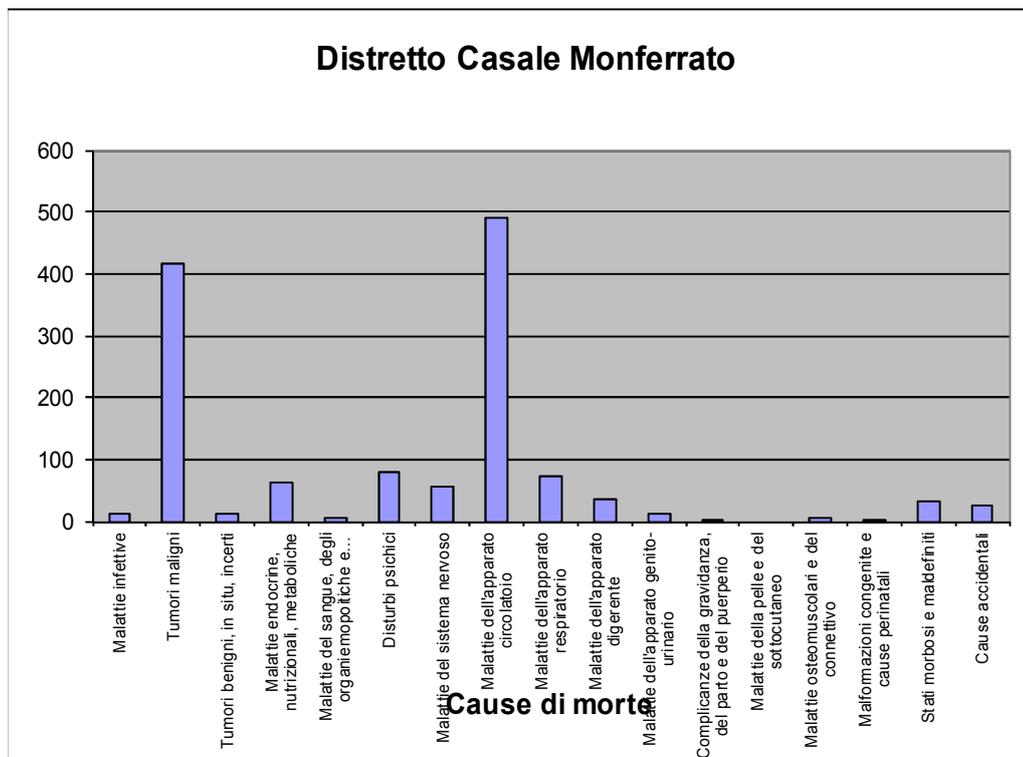
Fascia di età	TOTALE ASL AL			CASALE MONFERRATO		
	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE
<1	1.533	1.430	2.963	257	235	492
1-4	6.841	6.299	13.140	1.129	1.081	2.210
5-14	17.921	17.036	34.957	3.427	3.205	6.632
15-24	18.392	17.488	35.880	3.638	3.410	7.048
25-44	52.818	52.179	104.997	9.453	9.442	18.895
45-64	65.775	66.690	132.465	12.697	13.007	25.704
65-74	26.098	29.174	55.272	4.901	5.492	10.393
oltre 75	24.664	39.735	64.399	4.644	7.753	12.397
TOTALE	214.042	230.031	444.073	40.146	43.625	83.771



ESENZIONI TICKET – DISTRETTO CASALE M.

DISTRETTO DI CASALE									
	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
0 anni	6	1,2%	1,4%	2	0,4%	0,2%	-	0,0%	0,0%
1 - 4 anni	65	3,0%	2,5%	8	0,4%	0,4%	2	0,1%	0,2%
5 - 14 anni	219	3,3%	3,1%	58	0,9%	1,0%	56	0,8%	1,0%
15 - 44 anni	2.319	8,9%	7,5%	242	0,9%	0,8%	461	1,8%	1,7%
45 - 64 anni	8.849	34,4%	29,6%	190	0,7%	0,7%	1.248	4,9%	5,0%
65 - 74 anni	7.519	72,3%	58,0%	64	0,6%	0,6%	854	8,2%	9,3%
75 anni e oltre	10.214	82,4%	60,6%	38	0,3%	0,2%	2.342	18,9%	21,9%
TOTALE	29.191	34,8%	27,5%	600	0,7%	0,7%	4.963	5,9%	6,4%

CAUSE DI MORTE ANNO 2012 FONTE DATI REGIONE PIEMONTE	CASALE M.		
	Maschi	Femmine	Totale
Malattie infettive	8	5	13
Tumori maligni	219	196	415
Tumori benigni, in situ, incerti	11	2	13
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	29	35	64
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	3	2	5
Disturbi psichici	30	50	80
Malattie del sistema nervoso	26	30	56
Malattie dell'apparato circolatorio	189	302	491
Malattie dell'apparato respiratorio	43	28	71
Malattie dell'apparato digerente	15	21	36
Malattie dell'apparato genito-urinario	6	7	13
Complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio	0	1	1
Malattie della pelle e del sottocutaneo	0	0	0
Malattie osteomuscolari e del connettivo	4	2	6
Malformazioni congenite e cause perinatali	2	0	2
Stati morbosi e maldefiniti	6	25	31
Cause accidentali	11	13	24
TOTALE	602	719	1321



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

	Distretto di Casale	
	2014	2015
	Totale anno	1 semestre
TOTALE COMPLESSIVO DO + DH	13.831	6.579
TOTALE PIEMONTE	12.638	5.982
- di cui ASL AL	7.834	3.545
OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	7.745	3.514
OSPEDALE DI TORTONA	53	14
OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	29	8
OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	7	7
OSPEDALE CIVILE DI OVADA		2
- di cui AZIENDA OSPEDALIERA SS.ANTONIO E BIAGIO-C.ARRIGO	1.683	835
- di cui CASE DI CURA PRIVATE PROV. AL	853	538
- di cui ALTRI REGIONE PIEMONTE	2.268	1.064
FUORI REGIONE (dato 2013)	1.193	597

Popolazione 2014 - da BDE Regione Piemonte	83.771	83.771
Popolazione 2014 PESATA ASS OSPEDALIERA	88.713	88.713

TASSO OSPEDALIZZAZIONE COMPLESSIVO - POP PESATA	155,91	149,54
TASSO OSPEDALIZZAZIONE EROGATORI REGIONE PIEMONTE	142,46	135,98
- di cui ASL AL	88,31	80,58
- di cui AZIENDA OSPEDALIERA SS.ANTONIO E BIAGIO-C.ARRIGO	18,97	18,98
- di cui CASE DI CURA PRIVATE PROV. AL	9,62	12,23
TASSO OSPEDALIZZAZIONE STRUTTURE EXTRAREGIONE (2013)	13,45	13,56

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 RAPPORTATO ALL'ANNO INTERO		

OSPEDALIZZAZIONE RESIDENTI DISTRETTO CASALE M. (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	EXTRA REG
TOTALE	13.831	12.638	7.834	7.745	53	29	7	0	1.683	853	2.268	1.193
02 - DAY HOSPITAL	14										0	14
06 - CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	6	4									4	2
07 - CARDIOCHIRURGIA	88	77							57	8	12	11
08 - CARDIOLOGIA	1.105	1.060	675	675					228	44	113	45
09 - CHIRURGIA GENERALE	1.502	1.317	819	786	31	1	1		41	212	245	185
10 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	47	42							10		32	5
11 - CHIRURGIA PEDIATRICA	98	88							83		5	10
12 - CHIRURGIA PLASTICA	71	61							45		16	10
13 - CHIRURGIA TORACICA	75	65							25		40	10
14 - CHIRURGIA VASCOLARE	149	135							109		26	14
18 - EMATOLOGIA	96	92							76		16	4
19 - MALATTIE ENDOCRINE E DELLA NUTRIZIONE	15	14							7		7	1
20 - IMMUNOLOGIA	3	3									3	0
21 - GERIATRIA	11	10							3		7	1
24 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	183	174	152	152					5		17	9
25 - MEDICINA DEL LAVORO	14	1									1	13
26 - MEDICINA GENERALE	1.661	1.621	1.376	1.374	1		1		31	98	116	40
28 - UNITA' SPINALE	8	7							3		4	1
29 - NEFROLOGIA	56	55	29	29					11		15	1
30 - NEUROCHIRURGIA	136	97							75		22	39
31 - NIDO	473	464	354	353		1			36		74	9
32 - NEUROLOGIA	540	504	428	428					23	15	38	36
33 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	42	30							28		2	12
34 - OCULISTICA	373	342	131	131					83	74	54	31
35 - ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	77	75	42	42					16		17	2
36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.629	1.445	666	655	7	2	2		115	344	320	184
37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.291	1.198	843	839		4			70	34	251	93
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	400	369	237	235	2				62		70	31
39 - PEDIATRIA	216	173	10	5	5				125		38	43
40 - PSICHIATRIA	210	199	183	180		3			5		11	11
43 - UROLOGIA	665	643	424	406		17	1		50	9	160	22
47 - GRANDI USTIONATI	2	2									2	0
48 - NEFROLOGIA (TRAPIANTI DI RENE)	6	6									6	0
49 - TERAPIA INTENSIVA	753	750	699	693	3	1	2		27		24	3
50 - UNITA' CORONARICA	96	95	67	65	2				27		1	1
51 - ASTANTERIA	11										0	11
52 - DERMATOLOGIA	50	46									46	4
56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	622	521	258	258					51	14	198	101
57 - FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA	1										0	1
58 - GASTROENTEROLOGIA	74	65	29	29					2		34	9
60 - LUNGODEGENTI	46	42							1	1	40	4
61 - MEDICINA NUCLEARE	19	15							14		1	4
62 - NEONATOLOGIA	18	15									15	3
64 - ONCOLOGIA	477	438	295	293	2				74		69	39
65 - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	42	36									36	6
67 - PENSIONATI	19	18	7	7					3		8	1
68 - PNEUMOLOGIA	171	155	110	110					22		23	16
69 - RADIOLOGIA	4										0	4
70 - RADIOTERAPIA	6	5									5	1
71 - REUMATOLOGIA	28	18							10		8	10
73 - TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	14	13							8		5	1
75 - NEURORIBABILITAZIONE	22	6							6		0	16
76 - NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	3										0	3
77 - NEFROLOGIA PEDIATRICA	5	4									4	1
78 - UROLOGIA PEDIATRICA	24	23							16		7	1
98 - DAY SURGERY MULTISPEC / LAB ANALISI	63										0	63
99 - DIMISSIONE PROTETTA / ALTRE PRESTAZIONI	1										0	1

ANALISI FABBISOGNO ACCESSI PRONTO SOCCORSO

RESIDENTI DISTRETTO DI CASALE M.

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	211	151	1.315	975	65	61	3	4	1.594	1.191
7 - 14 anni	143	98	1.086	778	40	23	2	1	1.271	900
15 - 44 anni	407	341	4.055	4.714	137	225	10	1	4.609	5.281
45 - 64 anni	222	195	3.225	2.809	210	148	24	4	3.681	3.156
65 - 74 anni	50	55	1.351	1.295	188	134	15	6	1.604	1.490
75 anni ed oltre	37	55	1.903	2.682	445	563	31	44	2.417	3.349
TOTALE	1.070	895	12.935	13.253	1.085	1.154	85	60	15.176	15.367

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	126	66	772	523	40	27	3	1	941	617
7 - 14 anni	59	48	564	437	15	10	-	-	638	495
15 - 44 anni	175	180	1.967	2.302	77	105	5	5	2.224	2.592
45 - 64 anni	130	80	1.532	1.392	127	74	13	7	1.802	1.554
65 - 74 anni	27	20	689	635	80	78	13	2	810	737
75 anni ed oltre	21	29	1.008	1.424	248	312	19	23	1.298	1.793
TOTALE	538	423	6.532	6.713	587	606	53	38	7.713	7.788

ASSISTENZA SPECIALISTICA 2014 – 2015 RESIDENTI DISTRETTO CASALE M.

EROGATORE	GEN-GIU 2015					GEN-GIU 2014				
	TIPO PRESTAZIONE					TIPO PRESTAZIONE				
	TOT	LABORATO RIO	TAC	RMN	TERAPIA FISICA	TOT	LABORATO RIO	TAC	RMN	TERAPIA FISICA
TOT PIEMONTE	746.353	559.136	2.743	3.490	10.925	798.574	615.746	2.671	3.710	9.452
H - DISTRETTO 1 - ACQUI TERME	366	115	1	0	0	243	163	0	0	0
H - DISTRETTO 2 - ALESSANDRIA	628	2	0	0	0	444	1	0	0	0
H - DISTRETTO 3 - CASALE	602.603	464.564	1.757	1.659	10.026	642.297	513.672	1.770	1.786	8.672
H - DISTRETTO 4 - NOVI LIGURE	1.498	1.174	0	12	20	1.600	1.369	3	10	0
H - DISTRETTO 5 - OVADA	72	0	0	0	10	39	0	0	0	0
H - DISTRETTO 6 - TORTONA	782	121	1	8	0	692	119	5	18	10
H - DISTRETTO 7 - VALENZA	2.108	16	0	0	0	2.990	162	0	0	0
ASO AL	32.750	21.815	224	74	64	31.118	21.095	183	10	14
CASA DI CURA CITTA DI AL	725	248	49	77	0	554	161	69	55	0
CASA DI CURA "SALUS"	330	225	0	0	0	315	184	0	0	0
ST."CENTOCANNONI"	4.774	0	255	461	0	3.359	0	289	336	0
STATIC	178	0	0	0	57	72	0	0	0	0
STUDIO RAD. PONZANO	3	0	0	0	0	25	0	0	0	0
STUDIO RADIOLOG. ZORINI	34	0	5	0	0	27	0	6	0	0
STUDIO RADIOLOGICO DR. FOCO	18	0	0	0	0	7	0	1	0	0
STUDIO RADIOLOGICO NEWIMA	5	0	0	1	0	6	0	0	0	0
CASA DI CURA VILLA IGEA	10	0	0	0	0	7	0	0	0	0
C.C. S.ANNA CASALE	46.270	38.813	69	784	0	59.557	46.420	0	1.063	0
LABORATORIO DOTT. QUAGLIA	16	16	0	0	0	11	11	0	0	0
ALTRO REGIONE	53.183	32.027	382	414	748	55.211	32.389	345	432	756

POPOLAZIONE (non pesata)	83.771	83.771	83.771	83.771	83.771	84.490	84.490	84.490	84.490	84.490
PREST PER ABITANTE (non pesato)	17,82	13,35	6,55	8,33	26,08	18,90	14,58	6,32	8,78	22,37
VAR RISPETTO 2014	- 1,08	- 1,23	0,23	- 0,45	3,71					

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

STRUTTURE SANITARIE TERRITORIALI

	n°
Strutture Ambulatoriali extraospedaliere	
a gestione diretta territoriale - distrettuale	4
private accreditate	1
Totale posti letto RSA accreditati/convenzionati (esclusi p.l. fuori ASL)	567
Totale posti in Centri Diurni per anziani accreditati/convenzionati	
di cui Centri Diurni Integrati (CDI)	0
di cui Centri Diurni Alzheimer Integrati (CDAI)	0
Totale posti letto convenzionati per assistenza residenziale disabili (esclusi p.l. fuori ASL)	83
Totale posti in Centri Diurni per disabili convenzionati	105
Totale posti letto Hospice a gestione diretta	8

MEDICINA E PEDIATRIA DI BASE

	n°
Medici di Medicina Generale	64
di cui operanti in Medicina di Associazione	7
di cui operanti in Medicina di Rete	15
di cui operanti in Medicina di Gruppo	32
Pediatrati di Libera Scelta	8
di cui operanti in Medicina di Associazione	0
di cui operanti in Medicina di Gruppo	4
Continuità Assistenziale – Guardia Medica (numero sedi)	3
CENTRI DI ASSISTENZA PRIMARIA (CAP)	0
CONSULTORI FAMILIARI	7
di cui Sedi Distrettuali	1
di cui Sedi Sub Distrettuali	6
FARMACIE	
Farmacie convenzionate	48
Dispensari farmaceutici	10
MEDICINA LEGALE (sedi)	1

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIE DELLE DIPENDENZE

	n°
SER.D.	1
Centri Diurni per tossicodipendenti e alcoolisti a gestione diretta	0

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

	n°
Centri di Salute Mentale	1
Centri Diurni	0
Servizi Psichiatri di Diagnosi e Cura	1
Comunità Protette a gestione diretta	0
Gruppi Appartamento	10
	di cui gestione diretta 1
	di cui gestione privata 9
Posti in convenzione per assistenza residenziale psichiatrica	24
	di cui Comunità protetta di tipo A 2
	di cui Comunità protetta di tipo B 16
	di cui Comunità alloggio 6

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 la 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 garantendo in linea di principio i livelli raggiunti sulle sedi distrettuali attuali, dall'altro ad un **tendenziale avvicinamento 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 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".

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)
20603	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
	RM / RMN	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
20700	PS	PRONTO SOCCORSO
	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
30500	COD. 56	DISCIPLINA RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE
	COD. 75	DISCIPLINA NEURORIABILITAZIONE
	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 CASALE MONFERRATO

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) (3)
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	0,43	0,43	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	0,42	0,42	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	0,02	0,02	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%	94,82% 89,84%	94,82% 89,84%	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	0,11	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	0,21	0,20		
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	8,01	7,10	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	13,00	13	13	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)	129,00	132,00	134,74	Si rimanda al progetto All 3	SI
			Percentuale di consumo annuo (DDD) dei farmaci appartenenti al PHT in rapporto alla popolazione di riferimento	8,00	7,00	6,88		
20402	Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica		Costo netto dell'assistenza farmaceutica (DISTRIBUZIONE DIRETTA) in rapporto alla popolazione di riferimento	42,00	55,00	58,49	Si rimanda al progetto All 3	SI
20500	Assistenza integrativa		Totale costo netto di assistenza integrativa per mille abitanti in rapporto alla popolazione di riferimento - (rif. conti di bilancio 3101801-02-34 - Fonti: Distretto e Dip Farmaceutico)	13.950	13.000	12.294	Omogeneizzazione delle procedure nell'ambito dei singoli distretti	NO
20601	Assistenza specialistica - Attivita` clinica		Numero di prestazioni per abitante	3,00	3,20	3,56	Mantenimento del valore e attenzione a liste e tempi di attesa	NO
20602	Assistenza specialistica - Attivita` di laboratorio		Numero di prestazioni per abitante	11,20	12,20	12,71		NO
20603	Assistenza specialistica - Attivita` di diagnostica strumentale e per immagini		Numero di prestazioni per abitante	0,88	0,85	0,87		NO

			Numero di prestazioni di RM per 100 residenti	6,50	7,00	7,26		NO
20700	Assistenza protesica		Costo netto dell'assistenza protesica per mille abitanti in rapporto alla popolazione di riferimento- (Rif. conto di bilancio 3101803 - Fonte: Distretto)	3.300	3.100	3.117	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	0,85%	2,40%	2,45%	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	85,00	72	62,98	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)	2.700	2.850	1.353,56	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 = prestazioni orarie	0,06	-	0,00	Da valutare nel complesso dell'assistenza a disabili	NO
20805	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipendenti		N° utenti in carico (per 1000 abitanti) in rapporto alla popolazione di riferimento	14,50	13,60	13,53	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)	6,0%	9%	9,27%	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 %)	1.150	335	329	Programmazione con Rete Oncologica	NO
21100	Assistenza idrotermale		Costo di assistenza idrotermale per mille assistiti in rapporto alla popolazione di riferimento	2.360	1228	1.288,41	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	0,04	0,050	0,056	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	0,12	0,06	0,054	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	0,01	0	-	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	0,03	0,010	0,008	Da valutare nel complesso dell'assistenza agli anziani	NO
21001	Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica		N° giornate di residenzialità per assistenza psichiatrica	0,35	0,430	0,439	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	0,30	0,370	0,374	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	0,10	0,100	0,093	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	5,13	5,10	5,19	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	0,02	0,010	0,005	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	1,20	6,00	6,46	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	320,00	335,00	344,29	Da valutare con attività guardia medica	NO

30201	Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery		Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	38,50	41,00	44,84		NO
30202	Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria		Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	105,00	102,00	103,28		SI
			Percentuale parti cesari primari (PARTI CESAREI DI DONNE NON PRECESARIZZATE)	21,00	22,00	22,80		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)	52,00	55,00	54,05		NO
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti		Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	0,80	0,55	0,52		NO
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione		Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	8,00	7,30	7,26		NO

ALLEGATO 3

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

DISTRETTO DI CASALE M.:

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. ATTIVITÀ DI PROSSIMITÀ, DI RIDUZIONE DEL DANNO E DI PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE CORRELATE RIVOLTE A PAZIENTI TOSSICODIPENDENTI CON GRAVE COMPROMISSIONE PSICO-FISICA E IN CONDIZIONI DI MARGINALITÀ; ATTIVITÀ DI LIMITAZIONE DEI RISCHI E DI AGGANCIO PRECOCE RIVOLTE A CONSUMATORI GIOVANI E GIOVANISSIMI
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

ASL AL
Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
Sottolivello assistenziale: Assistenza Farmaceutica
Responsabile: Direttore Distretto
Corresponsabili: Dirigenti Farmacisti di Distretto
Denominazione del progetto di miglioramento: APPROPRIATEZZA SPESA FARMACEUTICA: INCREMENTO USO FARMACI A BREVETTO SCADUTO
<p>Descrizione ed analisi del problema</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>Descrizione del progetto e delle attività</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"> • attività formativa ed informativa nei confronti dei prescrittori e degli assistiti • attribuzione di obiettivi specifici a medici specialisti ospedalieri ed ambulatoriali • assegnazione di obiettivi specifici a MMG/PLS • 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 <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"> ➤ reportistica ad hoc : <ul style="list-style-type: none"> • per singolo MMG • per Direttore Distretto ➤ monitoraggio attività Sportello; ➤ monitoraggio del rispetto dei requisiti di appropriatezza nelle lettere di dimissione degli Specialisti ASL AL; ➤ analisi di aderenza di alcuni PDTA, in particolare su patologie croniche ad alto consumo di farmaci, con rilevante impatto sulla spesa farmaceutica territoriale
<p>Obiettivi</p> <p>Obiettivo Generale: Incremento dell'uso di farmaci a brevetto scaduto</p> <p>Obiettivo Specifico 1: Attività formativa e informativa su prescrittori (Specialisti e MMG/PLS) e assistiti</p> <p>Obiettivo Specifico 2: Revisione del Prontuario Terapeutico (ASL / ASO)</p> <p>Obiettivo Specifico 3: Monitoraggio andamento progetto</p>

Durata del progetto

(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

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

ASL AL
Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
Sottolivello assistenziale
Responsabile: Direttore Distretto
Corresponsabili: SS Promozione della Salute e Medicina d’Iniziativa – Dipartimento di Prevenzione – SS Percorsi Integrati Ospedale-Territorio – Presidi Ospedalieri
Denominazione del progetto di miglioramento: DEFINIZIONE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO SOCIO-ASSISTENZIALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI MIGRANTI
<p>Descrizione ed analisi del problema</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 disegualanze 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>Descrizione del progetto e delle attività</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"> 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>; 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; 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; 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. <p>Obiettivi</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

ASL AL
Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
Sottolivello assistenziale
Responsabile: Direttore Distretto
Corresponsabili: SS Promozione della Salute e Medicina d'Iniziativa – Dipartimento di Prevenzione
Denominazione del progetto di miglioramento: REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE FINALIZZATI ALL'ADOZIONE DI CORRETTI STILI DI VITA
<p>Descrizione ed analisi del problema</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>Descrizione del progetto e delle attività</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 disuguaglianze 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 multisetoriale

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 multisetoriale
<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 multisetoriale								
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)

ASL AL
Distretto: TUTTI I DISTRETTI
Sottolivello assistenziale: Dipartimento di Patologia delle Dipendenze
Responsabile: Responsabile Dipartimento di Patologia delle Dipendenze
Corresponsabili: Personale del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze
Denominazione del progetto di miglioramento: INTERVENTI A CARATTERE LOCALE SU GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP)
<p>Descrizione ed analisi del problema</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>Descrizione del progetto e delle attività</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>Obiettivi</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
Attività 1: Effettuare la mappatura dei luoghi legali di gioco								
- 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								
Attività 2: Sensibilizzare il territorio e consolidare la rete inviante:								
- 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								
Attività 3: Costituire un modello di lavoro integrato tra i servizi coinvolti:								
- 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								
Attività 4: Prevenire il fenomeno nella popolazione giovanile attraverso interventi diretti all'interno degli Istituti Scolastici:								
- Predisporre interventi specifici di prevenzione primaria negli istituti scolastici								
- Effettuare interventi nelle classi								
Attività 5: Contenere le forme di deriva del gioco d'azzardo:								
- 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. ATTIVITÀ DI PROSSIMITÀ, DI RIDUZIONE DEL DANNO E DI PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE CORRELATE RIVOLTE A PAZIENTI TOSSICODIPENDENTI CON GRAVE COMPROMISSIONE PSICO-FISICA E IN CONDIZIONI DI MARGINALITÀ; ATTIVITÀ DI LIMITAZIONE DEI RISCHI E DI AGGANCIO PRECOCE RIVOLTE A CONSUMATORI GIOVANI E GIOVANISSIMI

ASL AL
Distretto: Alessandria – Valenza – Casale
Sottolivello assistenziale Dipartimento di patologia delle Dipendenze
Responsabile: Responsabile Dipartimento di Patologia delle Dipendenze
Corresponsabili: Personale Dipartimento di Patologia delle Dipendenze
Denominazione del progetto di miglioramento: ATTIVITÀ DI PROSSIMITÀ, DI RIDUZIONE DEL DANNO E DI PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE CORRELATE RIVOLTE A PAZIENTI TOSSICODIPENDENTI CON GRAVE COMPROMISSIONE PSICO-FISICA E IN CONDIZIONI DI MARGINALITÀ; ATTIVITÀ DI LIMITAZIONE DEI RISCHI E DI AGGANCIO PRECOCE RIVOLTE A CONSUMATORI GIOVANI E GIOVANISSIMI
<p>Descrizione ed analisi del problema</p> <p>L'estrema criticità della situazione sanitaria e ambientale caratterizza particolari gruppi di popolazione svantaggiata che rende assolutamente necessarie le azioni volte a ridurre i rischi per la salute dei consumatori di sostanze e per la collettività. Il problema è più acuto nelle aree urbane in cui sono presenti maggiori aspetti di marginalità tra i dipendenti da sostanze.</p> <p>Inoltre, si ritiene consistente la fascia del cosiddetto "sommerso", vale a dire quella fascia di consumatori giovani e giovanissimi, non necessariamente problematici, per lo più policonsumatori, non in contatto con i servizi, e tuttavia esposti ai rischi connessi ad un consumo non controllato e poco informato.</p> <p>Descrizione del progetto e delle attività</p> <p>Le attività sugli ambiti territoriali dei Distretti oggetto di intervento si accenteranno su azioni di ascolto, informazione, sostegno e orientamento verso i servizi di cura con interventi di profilassi delle malattie infettive e di altre patologie correlate all'uso di sostanze operanti sia con speciali servizi in strada che con diverse azioni in contesti ambulatoriali. Tali interventi necessitano di un ulteriore potenziamento e diffusione. Sulla fascia di popolazione del cosiddetto "sommerso" le attività hanno l'obiettivo di agganciare i giovani consumatori e attivare interventi di limitazione dei rischi.</p> <p>Il progetto prevede, per singolo ambito distrettuale, lo sviluppo delle attività che di seguito si riportano:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alessandria - Valenza: 1) Ambito Alessandrino: riattivazione delle attività di drop in e di outreach sul territorio; potenziamento della collaborazione nell'ambito della rete interistituzionale dell'Osservatorio Sociale sulle Povertà; potenziamento delle attività di domiciliarità rivolte a pazienti con grave compromissione psico-fisica e in condizione di marginalità. 2) Ambito Valenzano: implementazione di attività di informazione e di distribuzione di materiale sterile e di profilassi di malattie infettive ✓ Casale: potenziamento delle attività di domiciliarità, rivolte a pazienti con grave compromissione psico-fisica e in condizione di marginalità; avvio di attività di outreach ✓ Alessandria-Valenza/Casale: riattivazione del progetto "Traballo", con esecuzione di specifici interventi nei luoghi del divertimento giovanile, finalizzati alla limitazione dei rischi da uso di sostanze ed alcoolici e all'aggancio precoce di consumatori problematici. <p>Obiettivi</p> <p><i>Obiettivo Generale:</i> Mitigare i rischi per la salute in particolari gruppi di popolazione svantaggiata</p> <p><i>Obiettivo Specifico 1:</i> Garantire, nell'ambito territoriale Alessandrino, le azioni di: riattivazione delle attività di drop in e di outreach sul territorio; potenziamento della collaborazione nell'ambito della rete interistituzionale dell'Osservatorio Sociale sulle Povertà; potenziamento delle attività di domiciliarità rivolte a pazienti con grave compromissione psico-fisica e in condizione di marginalità</p> <p><i>Obiettivo Specifico 2:</i> Garantire, nell'ambito territoriale Valenzano, le azioni di: implementazione di attività di informazione e di distribuzione di materiale sterile e di profilassi di malattie infettive</p> <p><i>Obiettivo Specifico 3:</i> Nell'ambito territoriale del Distretto di Casale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Garantire le azioni di potenziamento delle attività di domiciliarità, rivolte a pazienti con grave compromissione psico-fisica e in condizione di marginalità 2) Avviare attività di outreach <p><i>Obiettivo Specifico 4:</i> Garantire, negli ambiti territoriali di Alessandria-Valenza/Casale, la riattivazione del progetto "Traballo", con esecuzione di specifici interventi nei luoghi del divertimento giovanile, finalizzati alla limitazione dei rischi da uso di sostanze ed alcoolici e all'aggancio precoce di consumatori problematici</p>

Durata del progetto

(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Mitigare i rischi per la salute in particolari gruppi di popolazione svantaggiata
Indicatore/i di risultato	Garantire esecuzione Obiettivi Specifici 1, 2, 3, 4
Standard di risultato	100% soddisfazione Obiettivi Specifici 1, 2, 3, 4

Obiettivo Specifico 1	Garantire, nell'ambito territoriale Alessandrino, le azioni di: riattivazione delle attività di drop in e di outreach sul territorio; potenziamento della collaborazione nell'ambito della rete interistituzionale dell'Osservatorio Sociale sulle Povertà; potenziamento delle attività di domiciliarità rivolte a pazienti con grave compromissione psico-fisica e in condizione di marginalità
Indicatore/i di risultato	N. aperture settimanali servizio di bassa soglia (<i>drop in</i>), N. contatti giornalieri N. uscite settimanali sul territorio (<i>attività di outreach</i>), N. contatti giornalieri % incremento attività di domiciliarità N. nuovi progetti nell'ambito della rete interistituzionale dell'Osservatorio Sociale sulle Povertà
Standard di risultato	5 aperture settimanali servizio di bassa soglia (<i>drop in</i>), 30 contatti giornalieri 2 uscite settimanali sul territorio (<i>attività di outreach</i>), 15 contatti giornalieri 30% incremento attività di domiciliarità (17 pazienti nel 2015, 22 pazienti nel 2016) 3 nuovi progetti nell'ambito della rete interistituzionale dell'Osservatorio Sociale sulle Povertà

Obiettivo Specifico 2	Garantire, nell'ambito territoriale Valenzano, le azioni di: implementazione di attività di informazione e di distribuzione di materiale sterile e di profilassi di malattie infettive
Indicatore/i di risultato	Distribuzione materiale sterile
Standard di risultato	Distribuzione giornaliera

Obiettivo Specifico 3	Nell'ambito territoriale del Distretto di Casale: 1) Garantire le azioni di potenziamento delle attività di domiciliarità, rivolte a pazienti con grave compromissione psico-fisica e in condizione di marginalità 2) Avviare attività di outreach
Indicatore/i di risultato	% incremento attività di domiciliarità N. uscite settimanali (<i>attività di outreach</i>), N. contatti giornalieri
Standard di risultato	30% incremento attività di domiciliarità (6 pazienti nel 2015, 8 pazienti nel 2016) 1 uscita settimanale (<i>attività di outreach</i>) 10 contatti giornalieri

Obiettivo Specifico 4	Obiettivo Specifico 4: Garantire, negli ambiti territoriali di Alessandria-Valenza/Casale, la riattivazione del progetto "Traballo", con esecuzione di specifici interventi nei luoghi del divertimento giovanile, finalizzati alla limitazione dei rischi da uso di sostanze ed alcoolici e all'aggancio precoce di consumatori problematici
Indicatore/i di risultato	N. interventi/anno (N. contatti/intervento) Progetto Traballo
Standard di risultato	Almeno 8 interventi anno (50 contatti/intervento) Progetto Traballo

Cronoprogramma di realizzazione

	Tempistica attività (Trimestri a partire dal 1 gennaio 2016)							
	1	2	3	4	5	6		
Attività 1: Alessandria: riattivazione, nel corso del primo semestre, delle attività di drop in (5 aperture settimanali) e di outreach sul territorio (2 uscite settimanali); potenziamento della collaborazione nell'ambito della rete interistituzionale dell'Osservatorio Sociale sulle Povertà; potenziamento delle attività di domiciliarità rivolte a pazienti con grave compromissione psico-fisica e in condizione di marginalità								
Attività 2: Casale: potenziamento delle attività di domiciliarità, rivolte a pazienti con grave compromissione psico-fisica e in condizione di marginalità; avvio di attività di outreach (1 uscita settimanale)								
Attività 3: Valenza: implementazione di attività di informazione e di distribuzione di materiale sterile e di profilassi di malattie infettive								
Attività 4: Alessandria/Casale/Valenza : riattivazione del progetto "Traballo" (almeno 8 interventi/anno nei luoghi del divertimento giovanile, finalizzati alla limitazione dei rischi da uso di sostanze ed alcoolici e all'aggancio precoce di consumatori problematici								

6. MANTENIMENTO STANDARD DI COPERTURA VACCINALE

ASL AL
Distretto: TUTTI I DISTRETTI
Sottolivello assistenziale: vaccinazioni pediatriche
Responsabile: Referente aziendale Vaccinazioni
Corresponsabili: Personale medico interessato
Denominazione del progetto di miglioramento: MANTENIMENTO STANDARD DI COPERTURA VACCINALE
<p>Descrizione ed analisi del problema</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"> 1) La mancata percezione del pericolo da parte della popolazione 2) La diffusione di informazioni errate sul Web 3) La critica all'industria farmaceutica 4) La sopravvalutazione dei rischi dei vaccini. <p>Descrizione del progetto e delle attività</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"> ✓ la vaccinazione contro i virus del morbillo parotite rosolia ✓ la vaccinazione contro il virus HPV nelle ragazze pre-adolescenti per la prevenzione del cancro alla cervice uterina
<p>Obiettivi</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)
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Mantenimento livello di copertura sulle vaccinazioni contro Morbillo/Parotite/Rosolia e HPV
<i>Standard di risultato</i>	Mantenimento standard di copertura (vedi All2 PAT)

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

Obiettivo Specifico 1	Mantenimento livelli di copertura della vaccinazione contro l'HPV
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Tasso di copertura della vaccinazione contro l'HPV
<i>Standard di risultato</i>	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

ASL AL
Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
Sottolivello assistenziale: Assistenza a domicilio
Responsabile: Direttore Distretto
Corresponsabili: Medici e Infermieri del Distretto
Denominazione del progetto di miglioramento: PERCORSO INTEGRATO DI CONTINUITÀ DI CURA OSPEDALE – TERRITORIO
<p>Descrizione ed analisi del problema</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>Descrizione del progetto e delle attività</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"> - 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; - utilizzare al meglio le risorse esistenti all'interno del sistema ospedale-territorio e favorire un più congruo utilizzo dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); - 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; - 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. <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"> - 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; - 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; - le strutture che assicurano l'assistenza domiciliare; - le strutture dell'assistenza socio-sanitaria territoriale. <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"> - 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; - 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. <p>Le attività dei Nuclei sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - indagine congiunta sociale e sanitaria finalizzata all'acquisizione di elementi relativi alle condizioni sanitarie e sociali del paziente;

- 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 il 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 storicizzazione 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"> I. % n° schede di Brass >10 / n° segnalazioni a NDCC II. tempo trascorso tra inizio ricovero e segnalazione del caso a NDCC III. tempo trascorso tra indicazione data di dimissione e presa in carico da NDCC IV. % n° casi segnalati a NDCC / n° casi presi in carico V. % n° dimissioni in cure domiciliari e in CAVS / n° scheda di Brass >10 VI. % n° casi con ri-ricovero in H su totale n° assistiti presi in carico in cure domiciliari VII. % n° casi con ri-ricovero in H / totale n° assistiti presi in carico in CAVS VIII. % n° familiari/care giver addestrati all'autogestione del caso / n° totale dei casi
Standard di processo	<ul style="list-style-type: none"> I. 100% Brass >10 / n° segnalazioni a NDCC II. 90% dei casi segnalati a NDCC entro i termini stabiliti (24 ore) III. 100% dei casi segnalati presi in carico da NDCC entro i termini stabiliti (72 ore) IV. 90 % del n° casi presi in carico V. 90% di dimissioni in cure domiciliari e in CAVS con scheda di Brass >10 VI. 10% n° casi con ri-ricovero in H presi in carico in cure domiciliari VII. 10% n° casi con ri-ricovero in H presi in carico in CAVS VIII. 80% n° familiari/care giver addestrati all'autogestione del caso in cure domiciliari / n° totale dei casi dimessi in cure domiciliari
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

ASL AL
Distretti: Alessandria – Valenza / Acqui - Ovada / Casale M. / Novi L. - Tortona
Sottolivello assistenziale: Assistenza a domicilio
Responsabile: Direttore Distretto
Corresponsabili: Medici ed Infermieri del Distretto
Denominazione del progetto di miglioramento: RIORGANIZZAZIONE, RIQUALIFICAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI
<p>Descrizione ed analisi del problema</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 (=>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" (occasionalmente 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"> 1) la mancata presa in carico a livello distrettuale dei profili di cura più complessi; 2) la presenza elevata di cure domiciliari di tipo prestazionale, rispetto a forme complesse e avanzate di cura. <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 necessaria l'introduzione di modelli assistenziali nuovi, che contemplino interventi flessibili e mutabili nel tempo, a differente intensità di cura e tali da richiedere di un'assistenza, estesa nelle 24 ore, da parte di una équipe integrata anche da professionalità specialistiche.</p> <p>Descrizione del progetto e delle attività</p> <p>Il progetto prevede attività mirate a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'identificazione precoce dei malati, con un modello di sorveglianza proattiva, 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; - garantire continuità di cura ospedale - territorio, ripensando al rapporto con l'ospedale, superando rigidità organizzative con la pianificazione della dimissione ospedaliera (da considerare come un

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.

CASISTICA DELLE SITUAZIONI COMPLESSE ASSISTIBILI AL DOMICILIO	
1. Persone fragili in condizione di disabilità, comorbilità, polipatologia, che si trovano nella fase postacuta a seguito di:	<ul style="list-style-type: none"> - fratture di femore, protesi d'anca, di ginocchio, politrauma - amputazione di arto - insufficienze d'organo - scompenso metabolico - complicanze settiche di ferite chirurgiche - quadri settici complicati - laringectomia - tracheostomia
2. Persone affette da patologie neurologiche:	<ul style="list-style-type: none"> - malattie cerebrovascolari, esiti di ictus cerebrali - 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 - malattie del motoneurone - stati vegetativi, di minima coscienza
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"> - malati oncologici - malati non oncologici: <ul style="list-style-type: none"> - scompenso cardiaco cronico - insufficienza respiratoria cronica con particolare riferimento a pazienti che necessitano di assistenza alla ventilazione e /o di terapia continuativa - evoluzione di malattie neurologiche complesse - evoluzione di demenze, di Parkinson/parkinsonismi e di malattie cerebrovascolari - insufficienza epatica o renale in fase avanzata - insufficienza multi-organo e stati poli-patologici - esiti sfavorevoli di trapianto d'organo - disabilità gravi in esiti ed evoluzione di patologie genetiche malformative, degenerative dell'età neonatale, infantile, giovanile

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"> I. % malati assistiti \geq 65 anni / residenti \geq 65 anni II. % - malati assistiti \geq 75 anni / residenti \geq 75 anni 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 IV. n° giornate / anno di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) 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
<i>Standard di risultato</i>	<ul style="list-style-type: none"> I. 4% malati assistiti \geq 65 anni / residenti \geq 65 anni presi in carico in cure domiciliari II. 7% malati assistiti \geq 75 anni / residenti \geq 75 anni presi in carico in cure domiciliari III. 45% 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 IV. 2.475 giornate / anno di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) V. 80% 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

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

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

ASL AL
Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
Sottolivello assistenziale: 20801
Responsabile: Direttore Distretto
Corresponsabili: Coordinatori Infermieristici Territoriali
Denominazione del progetto di miglioramento: PROGETTO SANITARIO DI INIZIATIVA “INFERMIERE DI FAMIGLIA”
<p>Descrizione ed analisi del problema</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>Descrizione del progetto e delle attività</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"> 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. 2) presa in carico dei cittadini portatori di patologie croniche. 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. 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. 5) elaborazione di strategie di assistenza complesse, programmando nel tempo visite mediche, esami diagnostici, controlli da effettuare rispetto alle terapie somministrate. 6) identificazione delle aree di miglioramento e di prevenzione, attraverso l'adozione e la promozione di corretti stili di vita (abitudini alimentari, attività fisica...). 7) co – progettazione con le famiglie dei piani di assistenza individualizzati, fornendo consulenza per l'assistenza e per le migliorie strutturali abitative. 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...). 9) verificare la qualità delle azioni intraprese attraverso la raccolta sistematica dei dati, in base ad indicatori condivisi.
<p>Obiettivi</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

ASL AL
Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
Sottolivello assistenziale: 20801
Responsabile: Direttore Distretto
Corresponsabili: Coordinatori Infermieristici Territoriali
Denominazione del progetto di miglioramento: RETE DEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI DI VULNOLOGIA
<p>Descrizione ed analisi del problema</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>Descrizione del progetto e delle attività</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"> - 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; - 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; - la garanzia delle risposte appropriate e di qualità, efficaci ed efficienti, ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione; - 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.); - 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); <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"> <input type="checkbox"/> gestione di ulcere varicose degli arti inferiori; <input type="checkbox"/> controllo ferite chirurgiche; <input type="checkbox"/> controllo di esiti di interventi di safenectomia; <input type="checkbox"/> gestione/controllo specialistico di postumi di ferite traumatiche; <input type="checkbox"/> consulenza, prevenzione, trattamento delle LdP (lesioni da pressione); <input type="checkbox"/> counselling ed educazione sanitaria nel post-operatorio (follow-up); <input type="checkbox"/> gestione e organizzazione per la continuità assistenziale ospedale-territorio per il trattamento delle lesioni. <p>La verifica dei risultati attesi verrà fatta utilizzando i seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> riduzione liste d'attesa per i controlli e le medicazioni ripetute; <input type="checkbox"/> presa in carico del paziente da parte degli operatori;

- 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

Durata del progetto

(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

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

ASL AL
Distretto: ACQUI-OVADA (studio pilota), estendibile ai rimanenti Distretti ASL AL
Sottolivello assistenziale: Assistenza domiciliare, cure primarie
Responsabile: Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore del Distretto
Corresponsabili: Medici di Medicina Generale, Infermieri di Famiglia
Denominazione del progetto di miglioramento: 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>Descrizione ed analisi del problema</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"> □ Un approccio che orienti l'attenzione verso le modalità assistenziali di <i>medicina di iniziativa e di prossimità</i> offrendo le cure più appropriate al cittadino in un'ottica di <i>azione preventiva e non di attesa</i>; □ L'<i>empowerment</i> del cittadino attraverso la promozione di corretti stili di vita; □ 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. <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"> ➤ Organizzazione e attivazione di un "Centro di Accoglienza delle Fragilità", 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; ➤ 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. 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); ➤ Attivazione di quattro posti letto di osservazione breve territoriale (O.B.T.) 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. <p>Il Piano di azione prevede l'utilizzo degli indicatori di seguito riportati:</p> <p>1) Indicatori Centro Accoglienza Fragilità – O.B.T.</p> <p>Gli indicatori di esito saranno suddivisi nelle seguenti categorie:</p> <p>A. Indicatori di Salute/Malattia</p> <p><i>Patient reported outcomes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionario di valutazione SF36 t.0 / Questionario di valutazione SF36 follow- up. • Questionario specifico gradimento famiglie. • Questionario termometro distress. <p>B. Indicatori di Aderenza Terapeutica</p> <p><i>Indice di Morisky:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • N pazienti aderenti a t.0 / N pazienti aderenti a t.1-t.2 • N pazienti per letto / 365 gg. • N giornate utilizzo letto / 365 gg.

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 prioritarizzazione 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.)

Durata del progetto

(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Incremento della presa in carico e dell'accoglienza del cittadino fragile
Indicatore/i di risultato	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
Standard di risultato	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"
Indicatore/i di risultato	Attivazione Centro Verifica Indicatori di esito
Standard di risultato	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 policronicità e in politerapia farmacologica
Indicatore/i di risultato	Attivazione <i>PRIMAVENGOIO</i> Verifica Indicatori di esito
Standard di risultato	100% <i>PRIMAVENGOIO</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.)
Indicatore/i di risultato	Attivazione O.B.T. Verifica Indicatori di esito
Standard di risultato	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: • Presentazione progetto all'Equipe Territoriale MMG Ovada • Diffusione progetto alla comunità locale								
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								