

Oggetto: Attivazione delle Case della Salute ASL AL.

IL DIRETTORE GENERALE

Visto il D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
Vista la D.C.R. n. 136-39452 del 22.10.2007 di individuazione delle Aziende Sanitarie Locali e dei relativi ambiti territoriali;
Visto il D.P.G.R. n. 85 del 17.12.2007 di costituzione dell'Azienda Sanitaria Locale AL;
Vista la D.G.R. n. 40-1368 del 27.04.2015 di nomina del Direttore Generale dell'ASL AL;

Richiamata la deliberazione del Direttore Generale n. 678 del 11.10.2017 ad oggetto: "Individuazione degli atti di indirizzo e di governo e degli atti di gestione. Ripartizione delle competenze tra la Direzione Generale e le Strutture Operative dell'ASL AL";

Vista la D.G.R. n. 53-2487 del 23.11.2015, ad oggetto: "AA.SS.RR. - Procedimento regionale di verifica degli atti aziendali - Art. 3 D.Lgs. n. 502/1992 s.m.i. - D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 - D.G.R. n. 42-1921 del 27.07.2015 - Presa d'atto adeguamento alle prescrizioni regionali e recepimento definitivo ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012, all. A, par. 5.1.", con la quale è stato recepito in via definitiva l'Atto Aziendale dell'ASL AL, come riadottato, a seguito delle prescrizioni regionali, con la deliberazione n. 711 del 06.10.2015;

Vista la D.G.R. n. 29-5942 del 17.11.2017, ad oggetto "Atti aziendali delle AA.SS.RR. - ASL AL di Alessandria - Atto n. 656 del 28.09.2017 'Atto Aziendale ASL AL adottato con deliberazione n. 711 del 06.10.2015 - proposta di modifiche'. Recepimento regionale ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012, all. A, par. 5.1.";

Preso visione della proposta dei Direttori dei Distretti dell'ASL AL, di seguito riportata:

Premesso che la Legge n. 189 dell'8.11.2012 di conversione del cosiddetto "Decreto Balduzzi" pone le basi della riorganizzazione dell'Assistenza Primaria secondo i seguenti principi: *"Le Regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominati unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria".*

Concetti ribaditi anche nel "Patto per la Salute 2014-2016" di cui all'Intesa Stato - Regioni - Province Autonome del 10.07.2014, art. 5 che prevede incisivi interventi di riorganizzazione del sistema di Assistenza Primaria e il suo orientamento verso la medicina d'iniziativa, per contribuire ad ottimizzare la risposta erogata dall'assistenza territoriale per le persone affette da condizioni croniche e che hanno scarsa necessità di accessi ospedalieri ma che richiedono invece interventi di tipo ambulatoriale o domiciliare nell'ambito di PDTA predefiniti e condivisi;

Visti e richiamati:

- Decreto 02.04.2015, n. 70, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", punto 10 "Continuità ospedale-territorio", che prevede che le Regioni procedano contestualmente alla riorganizzazione

della rete ospedaliera, al riassetto dell'Assistenza primaria e all'organizzazione in rete delle strutture territoriali, quali interventi fondamentali per garantire una risposta appropriata e continuativa sul territorio ed un utilizzo appropriato dell'Ospedale;

- D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Programmi Operativi Regionali 2013-2015, Programma 14 *"Riequilibrio Ospedale-Territorio"*, Intervento 14.3 *"Assistenza primaria"*;

- D.G.R. n. 17-7578 del 12.5.2014, con la quale nell'ambito del percorso di realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale, di cui all'art.1, commi 34 e 34 bis della L. n. 662 del 23.12.1996 - Linea Progettuale 1, la Regione Piemonte intende sviluppare il Progetto *"Interventi per la riorganizzazione della rete regionale dell'Assistenza Primaria"*;

- D.G.R. n. 26-1653 del 29.06.2015 *"Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i."* con cui sono state individuate le direttrici del nuovo modello organizzativo della rete territoriale;

- D.G.R. n. 38-2292 del 19.10.2015 *"Approvazione de 'Il Patto per il sociale per la Regione Piemonte 2015-2017. Un percorso politico partecipato"*, con la quale vengono individuati gli assi strategici su cui declinare l'azione politica e la programmazione regionale, fra i quali l'area dell'integrazione socio-sanitaria;

- D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016 *"D.G.R. n. 26-1653 del 26.06.2015 Interventi regionali e linee di indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute"* con cui sono state definite le linee di indirizzo ed individuate le risorse per la sperimentazione delle Case della Salute sul territorio regionale, quali forme organizzative complesse dell'Assistenza Primaria, di tipo polifunzionale e multi-professionale, destinate ad intercettare e a rispondere in forma appropriata e continuativa nell'arco dell'intera giornata ai bisogni di salute della popolazione in ambito extra-ospedaliero, con particolare riferimento alle patologie croniche e a maggior impatto sociale;

- D.D. n. 438 del 30.06.2017 *"D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016. Accertamento di €. 8.000.000,00 sul cap. 16575/2017. Impegno di €. 8.000.000,00 sul cap. 157813 del bilancio per l'esercizio finanziario 2017 a favore delle ASL della Regione Piemonte per avvio sperimentazione regionale delle Case della Salute (CS). Validazione progetti ASL e indirizzi per l'avvio e il monitoraggio della sperimentazione"*, con cui:

- sono stati validati i Progetti per la sperimentazione delle Case della Salute proposti dalle Aziende Sanitarie Regionali;
- sono stati approvati gli indirizzi per l'implementazione dei Progetti di cui trattasi;
- è stato stabilito che la data di attivazione delle Casa della Salute deve essere individuata con un apposito provvedimento dell'ASL, del quale viene data comunicazione al Comitato dei Sindaci di Distretto e a tutti i soggetti direttamente o indirettamente coinvolti nell'espletamento delle relative attività e che viene trasmesso alla Regione entro 10 giorni dalla sua adozione;

- D.G.R. n. 101-5530 del 03.08.2017 *"Art. 3 bis, commi 5 e s.s. d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. Assegnazione obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali / Commissari delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2017. Approvazione criteri e modalità di valutazione"*, in cui all'Allegato A, punto 2.1 è previsto il seguente obiettivo: *"Attivazione delle Case della Salute programmate - ASL"*;

Dato atto che, al fine di dare attuazione al nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria mediante la sperimentazione delle Case della Salute, di cui alle sopra richiamate D.G.R. n.

26-1653 del 29.06.2015 e D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016, l'ASL AL con nota prot. n. 7431 del 24.01.2017 ha trasmesso alla Regione Piemonte, Assessorato Sanità - Settore Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Territoriale i Progetti di sperimentazione delle Case della Salute ubicate presso i Distretti di Alessandria - Valenza, Casale Monferrato, Novi Ligure - Tortona;

Visto il **Regolamento di funzionamento organizzativo ed operativo** (*allegato B e allegato B1*), redatto secondo lo schema - tipo regionale, unitamente ai **Protocolli operativi** per il raccordo fra la rete delle Case della Salute e le seguenti aree:

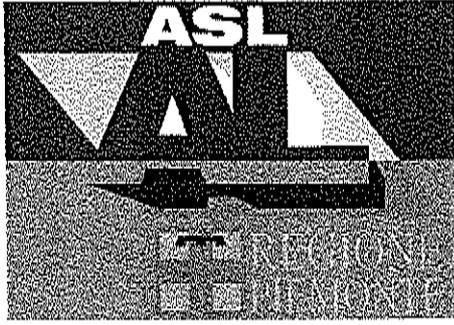
- *area specialistica territoriale e ospedaliera (allegato 1 e allegato 1.1)*
 - *sistema dell'emergenza-urgenza (allegato 2)*
 - *area socio - sanitaria e socio - assistenziale (allegato 3)*
 - *area della continuità assistenziale (allegato 4, allegato 4.1 e allegato 4.2)*
- allegati alla presente deliberazione quali parti integranti e sostanziali della stessa;

considerato che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente circa la regolarità amministrativa del contenuto della deliberazione nonché la legittimità della stessa;

Visto il parere obbligatorio espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario ai sensi dell'art. 3/7 D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e s.m.i.;

DELIBERA

- 1) di dare avvio ai Progetti di attivazione delle seguenti Case della Salute:
 - Castellazzo Bormida (Distretto Alessandria - Valenza)
 - Moncalvo (Distretto Casale Monferrato)
 - Castelnuovo Scrivia (Distretto Novi Ligure - Tortona)
 - Arquata Scrivia (Distretto Novi Ligure - Tortona);
- 2) di approvare il **Regolamento di funzionamento organizzativo ed operativo** (*allegato B e allegato B1*) redatto secondo lo schema - tipo regionale, unitamente ai **Protocolli operativi** per il raccordo fra la rete delle Case della Salute e le seguenti aree:
 - *area specialistica territoriale e ospedaliera (allegato 1 e allegato 1.1)*
 - *sistema dell'emergenza-urgenza (allegato 2)*
 - *area socio - sanitaria e socio - assistenziale (allegato 3)*
 - *area della continuità assistenziale (allegato 4, allegato 4.1 e allegato 4.2)*allegati alla presente deliberazione quali parti integranti e sostanziali della stessa;
- 3) di dare atto che le risorse necessarie per tale attività sono in parte coperte da finanziamento regionale - di cui D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016, D.D. n. 438 del 30.06.2017 e D.G.R. n. 35-5329 del 10.07.2017, e in parte da bilancio aziendale di cui alla deliberazione n. 349 del 26.05.2017;
- 4) di trasmettere il presente provvedimento alla Regione Piemonte - Direzione Sanità Assessorato Sanità, Livelli essenziali di assistenza, Edilizia Sanitaria e Settore Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Territoriale;
- 5) di trasmettere inoltre il presente atto ai Comitati dei Sindaci di Distretto;
- 6) di dichiarare la presente deliberazione immediatamente esecutiva ai sensi dell'art. 28, comma 2, L.R. n. 10/1995.



All. 1

PROTOCOLLO OPERATIVO

***PER IL RACCORDO FRA LA RETE DELLE
CASE DELLA SALUTE E L'AREA
SPECIALISTICA TERRITORIALE E
OSPEDALIERA***

SOMMARIO

INDICE

1. Definizioni e sigle _____	1
2. Oggetto _____	3
3. Campo di applicazione _____	4
4. Contenuto _____	5
5. Responsabilità _____	9
Modalità di comunicazione _____	Errore. Il segnalibro non è definito.
Data di stesura e data di revisione _____	Errore. Il segnalibro non è definito.
Composizione del gruppo di redazione del protocollo _____	Errore. Il segnalibro non è definito.
Bibliografia _____	13

1. Definizioni e sigle

MMG: MEDICO DI MEDICINA GENERALE

MS: MEDICO SPECIALISTA

IFEC: INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITA'

PDTA: PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ED ASSISTENZIALI

PAI: PROGRAMMA DI ASSISTENZA INDIVIDUALE

Il MMG è il responsabile clinico del TEAM e del paziente, con funzione di supervisione ed orientamento delle attività verso obiettivi condivisi, misurabili.

L'IFEC ha autonomia e responsabilità per funzioni specifiche alla gestione assistenziale del paziente individuate sulla base dei protocolli operativi condivisi a livello aziendale, è impegnato nel follow up e nel supporto al self management.

Considerato che l'Infermieristica di Famiglia e di Comunità, anche ove non inserita nelle Case della Salute -ai sensi della DGR 3-4287 del 19 novembre 2016- rappresenta una matrice di intervento di interesse regionale per quanto riguarda la riorganizzazione dei servizi territoriali, contribuendo nello specifico a:

- la promozione di sani stili di vita;
- il riconoscimento precoce di stati di fragilità prima che insorgano stati irreversibili di disabilità;
- la gestione integrata delle condizioni di cronicità in piena collaborazione con i medici di medicina generale e gli altri professionisti della sanità;
- il potenziamento dell'offerta dei servizi territoriali e domiciliari;
- il rafforzamento delle potenzialità delle comunità locali;
- il miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari con integrazione dei servizi assistenziali, sociali ed ospedalieri;
- lo sviluppo dell'educazione terapeutica per l'autogestione della malattia e per l'appropriatezza del ricorso agli strumenti diagnostici e terapeutici;
- la gestione di appropriati strumenti di tele-assistenza.

I PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

I pazienti, segnalati dal MMG, che aderiscono al progetto sono inseriti in elenchi di patologia (diabete mellito, scompenso cardiaco, BPCO, ipertensione arteriosa). L'organizzazione dei PDTA prevede controlli periodici differenziati in base al rischio individuale, in occasione dei quali viene eseguito il counselling ed il supporto al self management.

Nei percorsi la figura del medico specialista è orientata a divenire il consulente del team più che lo specialista che prende in carico i singoli pazienti, condividendo comunque percorsi di riferimento al livello specialistico per pazienti in scompenso o a più alto rischio, con tempi certi e funzioni precisate.



Le prestazioni specialistiche programmate sono prenotate ed erogate al di fuori dei normali canali CUP e con modalità innovative di erogazione delle prestazioni (tele refertazione ECG, spirometro portatile , eco color doppler portatile, fundus camera etc.).

Uno degli obiettivi della riorganizzazione della Medicina Generale verso un team multi professionale è l'introduzione nella pratica quotidiana della medicina d'iniziativa, intesa come un approccio attivo verso il paziente, facilitandone l'adesione ai percorsi diagnostico – terapeutico - assistenziali. Tali programmi di cura a lungo termine, messi a punto sulla base delle evidenze e delle risorse disponibili, hanno un duplice obiettivo: da un lato raggiungere e mantenere una situazione di equilibrio, con l'obiettivo di ridurre gli episodi di "scompenso", fonti di sofferenza e di ricoveri evitabili, dall'altro ridurre il rischio di insorgenza delle complicanze a lungo termine, che vanno individuate e trattate con tempestività. In attesa di avere dati raccolti ad hoc, è lecito attendersi che molte persone con patologia cronica, per varie ragioni (età, comorbidità, ridotta autonomia funzionale e/o cognitiva, ridotta aspettanza di vita), abbiano diverse prospettive e priorità.

In termini di programma terapeutico, ad esempio, nei pazienti diabetici un approccio intensivo e rigoroso verso gli obiettivi glicemici non solo non potrà produrre benefici ma potrebbe risultare dannoso in termini di ipoglicemie, con episodi più frequenti o più gravi, e conseguente maggiore ricorso ai servizi di emergenza, a ricoveri in ospedale, con un aumento di morbidità e mortalità.

Per i pazienti va pertanto messo a punto un Programma di Assistenza Individuale (PAI), con obiettivi che possono essere, in tutto o in parte, diversi dal PDTA, e che va monitorato con diversi indicatori: entra in gioco la valutazione multidimensionale (VMD), dove le diverse esigenze biologiche, psicologiche e sociali vengono considerate complessivamente, individuando il setting di assistenza più adatto per ciascun paziente (ambulatoriale o più spesso domiciliare o residenziale), in quella fase della sua vita e della sua malattia.

2. Oggetto

Il protocollo ha lo scopo di :

- identificare le regole e le modalità per disciplinare gli aspetti principali del percorso di accesso alle strutture ambulatoriali per le prestazioni programmabili e, in particolare, la richiesta di prestazioni specialistiche da parte del MMG/PLS, la risposta del MS, le visite e i controlli specialistici periodici;
- disciplinare i rapporti tra i MMG/PLS e MS in occasione del consulto specialistico, per definire la diagnosi di malattia o di un quadro clinico e/o monitorare la terapia farmacologica e/o l'evoluzione della malattia;
- superare la frammentarietà dell'erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

3. Campo di applicazione

Il protocollo si applica:

- all'accesso per la prima visita specialistica e gli accertamenti diagnostici programmabili erogati in regime ambulatoriale su richiesta del MMG/PLS;
- alla richiesta da parte del medico specialista di indagine integrative al fine di rispondere al quesito clinico del MMG/PLS;
- alla richiesta\prenotazione delle visite e dei controlli specialistici periodici.

I valori ed i principi della relazione tra medico curante e medico specialista sono affrontati dal codice di deontologia medica e costituiscono una cornice concettuale che comprende gli aspetti essenziali della buona pratica clinica e della efficienza organizzativa quali l'appropriatezza degli interventi sanitari, la continuità delle cure, la comunicazione efficace, la standardizzazione delle procedure e da altri, che sono determinanti nella gestione della malattie croniche, quali il "rapporto di fiducia", la "presa in cura" da parte del MMG/PLS e da parte del MS.

Nella pratica clinica ed assistenziale la relazione tra medico curante e medico specialista si avvale della "ricetta" e del "referto" come strumenti essenziali del rapporto collaborativo finalizzato a perseguire gli interessi del paziente.

Una buona compilazione della ricetta, nel suo formato unificato e standardizzato, presuppone

che sia compilata con accuratezza riguardo ai requisiti di chiarezza, completezza e correttezza e che la prestazione specialistica prescritta sia appropriata dal punto di vista clinico e sia effettivamente utile a prendere decisioni riguardo il caso trattato. Questi aspetti, nella pratica corrente, non sempre vengono riportati con la dovuta precisione ma, in realtà, costituiscono elementi di garanzia per l'assistito e per lo stesso medico prescrittore; sono funzionali ad una "positiva" relazione tra colleghi e costituiscono le informazioni fondamentali che rendono affidabili i dati della ricetta e che permettono il loro utilizzo all'interno dei sistemi informativi sanitari.

La relazione scritta (referto), predisposta dal medico specialista e da trasmettere al medico curante, riporta la sintesi dell'attività clinica svolta, la risposta al quesito clinico il programma di cura comprensivo della terapia, delle visite specialistiche e degli accertamenti di controllo.

La semplificazione dell'accesso alle attività specialistiche, volte a facilitare i percorsi dei cittadini, comporta un forte impatto sull'organizzazione aziendale che non si esaurisce con la semplificazione delle procedure di prescrizione e prenotazione, ma richiede una valutazione complessiva di fattibilità che interessi gli aspetti organizzativi, operativi, logistici, professionali.

4. Contenuto

Nella pratica clinica il MMG/PLS, nell' interesse del cittadino e sulla base di una ipotesi di diagnosi/quesito clinico, chiede una consulenza specialistica per:

- confermare il sospetto diagnostico che non sia possibile chiarire con indagini strumentali e/o di laboratorio di "primo livello" gestibili dal MMG/PLS;
- completare il percorso diagnostico;
- disporre di ulteriori informazioni cliniche utili a prendere decisioni nella condotta diagnostica o terapeutica.

Lo specialista con la documentazione a disposizione può avere gli elementi per rispondere al quesito clinico, qualora, al contrario, ritenga necessarie ulteriori indagini, per assolvere al compito di consulenza, predispone direttamente le relative richieste utilizzando il ricettario regionale.

All'interno di questa modalità generale si possono individuare i seguenti ambiti:

- La prima visita specialistica / Accertamenti diagnostici
- La visita specialistica di controllo
- Il follow up delle malattia cronica

a) La prima visita specialistica /Accertamenti diagnostici

Il MMG\PLS invia il paziente al MS per la prima visita specialistica /accertamento diagnostico, utilizzando il ricettario regionale su cui trascrive:

- la visita specialistica\esame di laboratorio\esami strumentali richiesti;
- il quesito clinico e la terapia in atto qualora si tratti di visita specialistica;
- la motivazione clinica dei test prescritti qualora si tratti di esami di laboratorio;
- l'ipotesi di diagnosi qualora si tratti di esami strumentali.

Nel caso di richiesta di test di laboratorio e di esami strumentali, il MS redige il referto e lo consegna al paziente.

Nel caso di richiesta di prima visita specialistica, il MS:

- effettua la visita ;
- prescrive direttamente gli approfondimenti necessari per la risposta al quesito clinico, utilizzando il ricettario del servizio sanitario regionale;
- prenota, quando le condizioni organizzative ed operative lo permettano, direttamente o attraverso il personale della struttura in cui opera, in particolare, le indagini specialistiche che afferiscono alla sua disciplina;
- dispone l'eventuale ricovero in regime ordinario o in day hospital di cui informa il medico curante;
- redige, dopo la conclusione dell'iter diagnostico, il referto con il quale risponde al quesito clinico e che riporta il programma clinico comprensivo della terapia, delle visite specialistiche e degli accertamenti di controllo.

Queste modalità permettono al medico specialista di avere tutte le informazioni cliniche per rilasciare una risposta la più possibile completa al quesito clinico e di "chiudere il cerchio" riducendo la frammentazione delle prestazioni e lo spostamento dei cittadini. Si sottolinea che tali modalità sarebbero ancora più efficaci se l'organizzazione delle attività specialistiche in regime ambulatoriale prevedesse che il medico, che esegue la prima visita

specialistica, fosse lo stesso che prescrive gli approfondimenti, ne valuta gli esiti e redige il referto con la risposta al quesito clinico (un unico medico che “apre e chiude il cerchio”).

b) La visita specialistica di controllo

Le visite specialistiche di controllo rivestono nel percorso del paziente ruolo e significato diversi, a seconda delle condizioni generali del paziente, dell'evoluzione della malattia e del quadro clinico, della responsività del paziente ai trattamenti farmacologici, della discrezionalità decisionale dello specialista. Le modalità che disciplinano la visita di controllo devono, inoltre, ispirarsi al “rapporto di consultazione, collaborazione, e di informazione reciproca, al fine di garantire coerenza e continuità diagnostico-terapeutica”, come previsto dal Codice di deontologia medica.

Questi aspetti determinano da parte dei MS una rilevante variabilità di comportamenti che con difficoltà possono essere ricondotti a predeterminate fasi temporali (30 giorni), riportate dalla normativa relativa agli Accordi Collettivi Nazionali della Medicina generale e al contenimento dei tempi d'attesa: lo specialista prescrive direttamente le prestazioni da eseguire entro 30 giorni dalla consulenza specialistica o ricovero ospedaliero.

Pur ritenendo l'intervallo temporale entro il quale prescrivere i controlli un'indicazione utile a disciplinare le modalità condivise da adottare da parte dei professionisti, si valuta che non sia in grado di rappresentare tutte le variabili che concorrono alla decisione del MS di monitorare il decorso clinico del paziente.

Sulla base di queste considerazioni, qualora il MS, dopo la prima visita o alla dimissione ospedaliera, ritenga necessario valutare per un determinato intervallo di tempo l'evoluzione del quadro clinico e/o della malattia, la compliance e/o la responsività del paziente alla terapia farmacologica, ecc., prescrive, su ricettario regionale, le visite specialistiche e le procedure diagnostiche di controllo e le prenota quando le condizioni organizzative ed operative lo permettono, compresi gli eventuali accertamenti diagnostici preliminari, in particolare quelli afferenti alla propria branca specialistica.

In questa fase di prima stesura del documento per uniformare la prescrizione delle prestazioni specialistiche, l'intervallo di tempo entro il quale il MS prescrive e prenota le visite di controllo viene indicato in 6 mesi, limite che deve essere inteso in modo orientativo, tenendo conto delle necessità e caratteristiche del paziente e sulla base delle indicazioni della disciplina specialistica di riferimento.

Il MS con il referto informa il MMG/PLS del programma di cura, in particolare, dell'esigenza di monitorare il paziente e la sua malattia e della prescrizione delle prestazioni specialistiche necessarie.

c) Il follow up delle malattia cronica

Per le patologie croniche di particolare rilevanza clinica che richiedono una valutazione specialistica programmata periodica è previsto il ricorso al follow up (in allegato le procedure per il DM tipo 2).

Lo specialista propone nel referto al MMG/PLS il programma temporale personalizzato dei controlli (rivalutazione clinica specialistica, accertamenti), di durata non superiore di norma ad un anno.

Qualora lo condivide, il MMG/PLS, riassumendo in carico la responsabilità diagnostica terapeutica del proprio assistito, effettuerà le relative richieste e prescrizioni utilizzando il ricettario regionale.

d) Condizioni di applicazione

L'affermazione nel sistema delle attività previste dal protocollo è condizionata dal potenziamento e dall'implementazione di una serie di sistemi operativi sia sul piano tecnico professionale che sul piano organizzativo gestionale.

Piano tecnico professionale:

- Ribadire l'esigenza che i MMG/PLS compilino correttamente l'impegnativa per la richiesta di consulenza specialistica, riportando il quesito\sospetto clinico e la classe di priorità per le prestazioni per le quali è prevista ;
- Aumentare il numero di prestazioni con accesso ordinato per classi di priorità e impegnare sia i MMG\PLS che gli specialisti nella definizione e applicazione di percorsi diagnostici – terapeutici per le malattie croniche a maggiore rilevanza clinica.

Piano organizzativo gestionale:

- Predisporre le condizioni operative ed organizzative per agevolare, da parte dei MS, la prescrizione e la prenotazione degli accertamenti integrativi per rispondere al quesito clinico (concentrazione degli ambulatori in piattaforme dedicate, disponibilità di personale di supporto, potenziamento e manutenzione dei sistemi informatici, adeguamento e maneggevolezza dei sistemi informativi, informazione efficace ai cittadini riguardo l'organizzazione dell'accessibilità all'offerta delle cure specialistiche in regime ambulatoriale);
- Predisporre un sistema di monitoraggio dell'attività di prescrizione di visite specialistiche e accertamenti da parte dei MMG/PLS e degli specialisti per avere una analisi delle modalità adottate dai professionisti, delle più frequenti incongruenze, degli ambiti che registrano maggiori difficoltà, al fine di intervenire per rimuovere gli ostacoli;
- Favorire la realizzazione e il funzionamento di reti collaborative tra MMG/PLS e specialisti, attraverso l'identificazione di obiettivi comuni da perseguire e la individuazione di strumenti condivisi di misurazione della adesione alle modalità prescrittive concordate, la realizzazione di valutazioni cliniche tra pari.

Indicatori e monitoraggio

La valutazione dell'applicazione dei contenuti del presente documento nella pratica clinica ed assistenziale viene effettuata contestualmente all'attività di monitoraggio della concordanza della prescrizione delle prestazioni di primo accesso con indicazione del criterio di priorità.

N° di ricette che riportano il quesito clinico, l'indicazione del criterio di priorità

Indicatore = -----

N° complessivo di ricette campionate della prestazione oggetto della verifica

Per quanto riguarda la prescrizione di visite di controllo, vengono individuate le branche specialistiche oggetto di monitoraggio e, selezionando le prescrizioni nell'arco di una

settimana / indice, si procede alla verifica del grado di adesione alle indicazioni riportate dal presente documento.

N° di ricette per visita di controllo prescritte da MS

Indicatore = -----

N° complessivo di ricette per visita di controllo

Si ritiene di integrare tali indicatori con la valutazione di ulteriori informazioni raccolte dai sistemi informativi gestionali aziendali/regionali.

Sulla base delle verifiche effettuate e delle indicazioni da parte degli organismi di coordinamento il testo verrà periodicamente aggiornato.

5. Responsabilità

Medici Medicina Generale:

- prescrivono la prima visita specialistica\accertamento diagnostico, riportando sull'impegnativa il quesito clinico e la classe di priorità per le prestazioni per le quali è prevista ;
- prescrivono i controlli o visite successive indicate dal programma di follow up del medico specialista, qualora lo condividano.

Medico Specialista (ospedaliero e ambulatoriale):

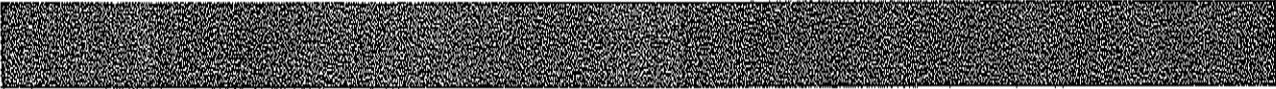
ai fini della risposta al quesito clinico della prima visita:

- prescrive direttamente gli approfondimenti necessari al fine di completare l'iter diagnostico riportando sull'impegnativa il quesito clinico e la classe di priorità per le prestazioni per le quali è prevista ;
- prenota, quando le condizioni organizzative ed operative lo permettano, direttamente o attraverso il personale della struttura in cui opera, in particolare, le indagini specialistiche che afferiscono alla sua disciplina;
- redige, dopo la conclusione dell'iter diagnostico, il referto con il quale risponde al quesito clinico.

Per la programmazione delle visite di controllo, se ritenute necessarie, dopo la prima visita, prescrive gli eventuali accertamenti diagnostici preliminari che si ritengono appropriati e la visita stessa, orientativamente entro i 6 mesi successivi;

Direttore Medico di Presidio Ospedaliero, attraverso i direttori dei dipartimenti e delle strutture, sovrintende e monitora che le modalità di semplificazione delle prescrizioni previste dal protocollo vengano adottate dai medici specialisti.

Direttore di Distretto, attraverso l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD), sovrintende e monitora che le modalità di semplificazione delle prescrizioni previste dal protocollo vengano diffuse ai Medici di medicina generale e adottate.



Modalità di comunicazione

Il protocollo verrà distribuito a tutti gli operatori e sarà oggetto di formazione specifica. Si provvederà inoltre a informare sia i referenti degli Enti Locali sia la popolazione residente nell'area di riferimento della Casa della Salute.



Data di stesura e di revisione

Data di stesura: 30 novembre 2017

Data di revisione: 29 novembre 2020

Il Protocollo ha validità triennale a meno di nuova e diversa normativa che possa essere motivo di modifiche o integrazione.

NORMA FINALE

Per tutto ciò che non è disciplinato dal presente Protocollo, restano valide le norme vigenti nazionali e regionali di settore.

Gruppo di redazione del protocollo

Elide Azzan	Direttore Sanitario ASL AL
Orazio Francesco Barresi	Direttore S.C. Distretto di Novi L. - Tortona
Massimo D'Angelo	Direttore S.C. Distretto di Casale Monferrato
Guglielmo Pacileo	Staff Direzione Generale ASL AL
Claudio Sasso	Direttore S.C. Distretto di Acqui T. - Ovada
Roberto Stura	Direttore S.C. Distretto di Alessandria - Valenza

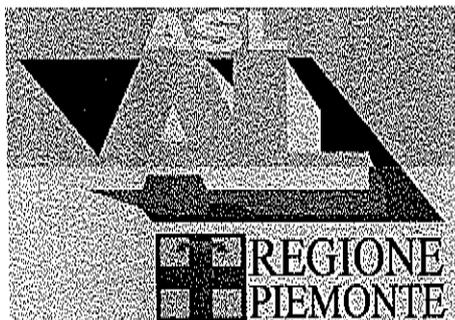
Bibliografia

- Deliberazione della Giunta Regionale 29 novembre 2016, n. 3-4287
- D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015. Interventi regionali e linee d'indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute;
- Piani di Attività Territoriali di cui all'Atto Aziendale approvato con Deliberazione del Direttore Generale 2015/711 del 6/10/2015;
- D.D. 709 del 13/11/2017 di cui alla DGR 27 – 4072 del 17/10/2016 Attuazione del PDTA Diabete Mellito nella sua articolazione uniforme a livello regionale, come definita dalla rete Endocrino-Diabetologica del Piemonte.

Procedure per il FOLLOW UP DIABETE TIPO 2

All.1.1

CHI	COME/AZIONE	DESCRIZIONE	FREQUENZA	NOTE
MMG	Prescrive	HbA1c, glicemia ed eventuali altri esami in base al giudizio clinico e/o di quanto concordato con lo specialista diabetologo	Alla diagnosi; poi ogni 6 mesi	la frequenza sarà più ravvicinata quando si imposta o modifica la terapia e verrà decisa in base al quadro clinico e al compenso metabolico
	Effettua una visita medica generale	Anamnesi per individuare disturbi urinari, visivi, cardiovascolari e neurologici (disfunzione erettile, crampi muscolari, parestesie, alterazioni cutanee, etc). E.O.: polsi periferici, soffi vascolari, frequenza cardiaca, riflessi tendinei, esame sensibilità tattile, esame cute e piedi	Alla diagnosi; poi ogni anno	la frequenza e/o l'intensità dei controlli andrà modificata in funzione del quadro clinico
	Prescrive	Esame completo delle urine Microalbuminuria, Clearance Creatinina, Colesterolo totale, HDL, Trigliceridi, ECG (funzionalità epatica se necessario)	Alla diagnosi; poi ogni anno	la frequenza può aumentare in base al quadro clinico e al compenso metabolico
	Prescrive	Fundus oculi	Alla diagnosi; poi ogni 2 anni	la frequenza può aumentare in base al quadro clinico e al compenso metabolico
INFERMIERE	Richiama il paziente, rileva e registra i dati in cartella; verifica l'adesione terapeutica; rileva PAO e, se necessario, anche peso/altezza, circonferenza vita, attività fisica, alcol.	si accerta che il paziente confermi l'appuntamento; annota la data del prossimo appuntamento in base alle indicazioni del MMG	Ad ogni controllo	
DIETISTA	Rileva e registra la misurazione della circonferenza vita ed il peso corporeo (se non già presenti) Accerta l'adesione alle prescrizioni dietetiche	In base all'andamento del BMI e del compenso metabolico		



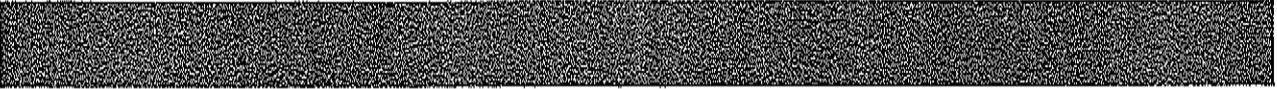
ALL. 2

PROTOCOLLO OPERATIVO

***PER IL RACCORDO FRA LA RETE DELLE
CASE DELLA SALUTE E IL SISTEMA
DELL'EMERGENZA-URGENZA***

SOMMARIO

1. Premessa	1
2. Oggetto	2
3. Campo di applicazione	3
4. Contenuto	4
5. Responsabilità	8
Modalità di comunicazione	9
Data di stesura e di revisione	10
Gruppo di redazione del protocollo	11
Bibliografia	12



1. Premessa

In caso di emergenza, il rapido accesso a presidi e farmaci necessari per le urgenze risulta di particolare rilevanza per la salvaguardia e la tutela della salute di pazienti, operatori e visitatori a vario titolo delle Case della Salute dell'ASL AL. Si rende pertanto necessario pianificare i comportamenti degli operatori sanitari e quali presidi e farmaci rendere disponibili per le urgenze, e dove allocarli al fine di garantirne un facile accesso in caso di emergenza.

2. Oggetto

Il presente protocollo definisce comportamenti degli operatori e dotazioni strumentali delle Case della Salute in relazione a situazioni di emergenza/urgenza nel setting Casa della Salute. Scopo del presente protocollo è:

- definire le modalità operative, i compiti e le responsabilità degli operatori sanitari presenti nella casa della salute a fronte di una situazione di emergenza
- programmare la gestione del carrello di emergenza
- rendere disponibili e prontamente utilizzabili farmaci e presidi che, a seconda della struttura in cui si opera, siano ritenuti indispensabili per affrontare correttamente la situazione di urgenza ed emergenza
- uniformare la dotazione e la disposizione di farmaci e presidi nei carrelli per l'emergenza delle case della salute
- ridurre il rischio di ritardi dovuti al mancato funzionamento delle apparecchiature elettromedicali o alla mancanza di un presidio e/o farmaco
- elaborare una "check-control" e "check-list" dei farmaci e dei presidi medico-chirurgici del carrello per le emergenze e loro idonea disposizione nel carrello



3. Campo di applicazione

La procedura si applica in tutte le Case della Salute dell' ASL AL.

4. Contenuto

a) LOCALIZZAZIONE ED INDICAZIONE DEI CARRELLI D'EMERGENZA

I carrelli d'emergenza sono ubicati nella sala infermieristica. Il luogo di ubicazione del Carrello d'emergenza deve essere segnalato con apposita segnaletica verticale (cartello) riportante la scritta "Carrello d'emergenza". Tale ubicazione viene riportata sulle piantine delle Case della Salute allegate al Piano di Emergenza Interno. Il Direttore del Distretto deve individuare un responsabile per la custodia per il Carrello d'emergenza.

b) STRUTTURA CARRELLO DI EMERGENZA:

L'allestimento del carrello di emergenza deve essere uguale per tutte le Case della Salute sia per assicurare una tempestiva identificazione dei farmaci e presidi sia per sopperire alle difficoltà legate al turn over del personale. La verifica della funzionalità degli apparecchi è prevista quotidianamente (check- control).

DOTAZIONI:

- N. 1 defibrillatore
- N. 1 bombola di O₂ da l. 5 con riduttore di pressione e flussometro di erogazione con raccordo standard
- N 1 strumento per la misurazione della pressione
- N1 strumento per la rilevazione della glicemia capillare
- N1 saturimetro
- farmaci destinati ad interventi di urgenza

DEFIBRILLATORE

Il defibrillatore, collocato su specifico vano del carrello, deve restare costantemente in carica e in area nota e accessibile e facilmente identificabile. Il referente per la gestione dell'apparecchio ha il compito di fornire al personale neoassunto e/o trasferito da altre l'addestramento necessario sul posto di lavoro ("training on the job"), che consiste nello spiegare ed illustrare: modalità operative, ritmi di lavoro, precauzioni e raccomandazioni.

PRECAUZIONI D'USO DEL DEFIBRILLATORE

- Allontanare le fonti di ossigeno per il rischio di esplosione;
- Allontanarsi per le comunicazioni radio e telefoniche: sebbene non ci siano evidenze disponibili sull'interferenza tra i defibrillatori e gli apparecchi radio o i telefoni mobili non si esclude che essi possano interferire con il funzionamento del defibrillatore;
- Togliere dall'area di defibrillazione, in caso di presenza, i cerotti alla nitroglicerina per pericolo di lesioni.

MALFUNZIONAMENTO DEL DEFIBRILLATORE

Il referente per la gestione dell'apparecchio deve aver cura di:

- inoltrare richiesta di riparazione urgente all'unità di gestione tecnica; dalla documentazione clinico-assistenziale deve risultare l'evidenza oggettiva della registrazione e della relativa richiesta inoltrata.
- Allontanare il defibrillatore dal carrello per l'emergenza, apporre cartello di "fuori uso" sul defibrillatore;
- Contattare, in caso di riparazione, la ditta produttrice che, a riparazione avvenuta, fornirà certificazione d'uso, la quale dovrà essere conservata agli atti del Distretto

BOMBOLA DI OSSIGENO

- Sono generalmente in acciaio o in lega leggera, di colore bianco, secondo il codice colorazionale e di diverse dimensioni (5-litri);
- Sono riempite di ossigeno compresso a 150-200 Atm.
- Sono collegate ad un manometro riduttore e ad un flussometro per controllare la quantità di O₂ nel tempo.
- Il check control deve essere giornaliero.

c) CONTROLLI DI OPERATIVITA' DEI CARRELLI D'EMERGENZA

- La responsabilità dei controlli e, conseguentemente, della funzionalità dei carrelli d'emergenza e del loro contenuto in farmaci, presidi e dotazioni elettromedicali è da attribuirsi all'infermiere preposto secondo l'organizzazione interna del Distretto
- La check control (GRIGLIA DI CONTROLLO) è fondamentale per la riduzione/contenimento di tutti quegli eventi avversi conseguenti all'inadeguatezza delle procedure e/o modelli organizzativi e deve essere eseguita mensilmente dal personale infermieristico;
- Il reintegro dei dispositivi medici deve avvenire subito dopo l'utilizzo ed ogni qualvolta alla verifica si evidenzia materiale di prossima scadenza e/o a confezione non integra
- I controlli devono essere eseguiti utilizzando:
 - Check list relativa alla presenza/assenza e scadenza dei presidi e farmaci previsti
 - Verifica di operatività delle apparecchiature elettromedicali presenti (Check-Control)

PERIODICITÀ:

DOPO OGNI UTILIZZO

- Check-control e check list di operatività sulle dotazioni di farmaci, presidi ed elettromedicali;
- Reintegro delle scorte previste per ciascuna voce;
- Verifica del livello di pressione della bombola di O₂ e valutazione della sua sostituzione (sostituire se la pressione di esercizio è < a 50 atm).

- Firma di verifica sull'apposito modulo di revisione routinaria.

OGNI GIORNO

- Controllo della presenza/assenza delle dotazioni di presidi ed elettromedicali previste dalla check-control list; altrimenti bisogna eseguire la check-list per il controllo di farmaci e presidi.
- Verificare che le apparecchiature poste sotto carica presentino tutte le spie di connessione e di ricarica accese.
- Verificare la pressione della bombola di O2 (se presente).
- Segnalare, in caso di qualche malfunzionamento, la non operatività al Responsabile U.O. della Gestione del Carrello di Emergenza.
- Apporre firma di verifica sull'apposito modulo.

MENSILE

- Verificare la dotazione e le scadenze delle singole voci delle check list.
- Apporre firma di verifica sull'apposito modulo .

ANNUALE

- Verificare le scadenze delle verifiche di manutenzione delle apparecchiature elettromedicali.
- Apporre firma di verifica sull'apposito modulo.

d) DOCUMENTAZIONE UTILE

Ogni Distretto deve essere in possesso, per tutte le apparecchiature elettromedicali, dei seguenti documenti:

- libretti d'uso e manutenzione che sono "parte integrante" dell'apparecchiatura stessa (in lingua italiana);
- lettera attestante l'effettuazione del collaudo con il "benestare all'uso" dell'unità gestione tecnica;
- documentazione relativa alle manutenzioni preventive.

e) FORMAZIONE DEL PERSONALE UTILIZZATORE

È obbligatorio che tutto il personale sanitario abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardio-polmonare. Accanto all'eventuale supporto fornito dalla Ditta Fornitrice degli apparecchi sull'aspetto tecnico, è opportuno prevedere corsi di formazione/aggiornamento aventi lo scopo di informare sia sull'aspetto normativo sia sul ruolo infermieristico nella gestione del carrello di emergenza.



f) INDICATORI

Gli indicatori corrispondono alla verifica delle periodicità previste che saranno verificate attraverso apposito registro.

5. Responsabilità

Gli operatori coinvolti sono gli infermieri la cui attività prevalente si esplica nell'ambito della struttura della Casa della salute e i medici specialisti, se presenti durante l'evento critico. In caso di buone condizioni di "coscienza" l'operatore sanitario valuterà i parametri biologici e concorderà con lo stesso l'attivazione del circuito dell'emergenza 118 oppure l'invio a domicilio, autonomamente o accompagnato.

In caso di paziente con perdita di coscienza/sensorio obnubilato se l'intervento dell'operatore sanitario non migliora la situazione si rivolge al circuito dell'Emergenza urgenza 118; se il paziente avverte invece un miglioramento dei disturbi si comporta come al punto precedente.

In caso di assenza di respiro o di battito cardiaco l'operatore inizia le manovre rianimatorie, chiamando o facendo chiamare contestualmente il servizio 118.

In presenza di perdurante dolorabilità, dopo caduta, ovvero frequenza alterata del polso, oppure di emorragia con anamnesi positiva per trattamento anticoagulante è opportuno concordare con il paziente l'invio al DEA più vicino mettendosi in contatto con il servizio 118.

Qualora l'utente si riprenda dopo una lipotimia è necessario assicurarsi che lo stesso sia in grado di raggiungere la propria abitazione indipendentemente dal mezzo utilizzato per recarvisi.

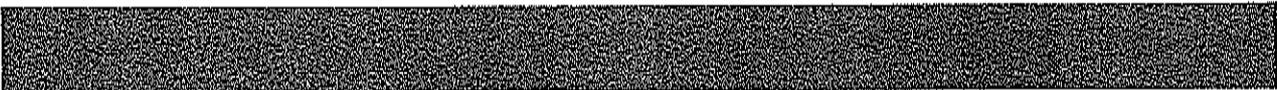
In questi casi è utile consigliare il paziente di passare il resto della giornata con una persona accanto o che sia facilmente raggiungibile in modo da segnalare una eventuale ripresa dei disturbi.

Gli operatori sanitari della Casa della Salute, coinvolti nelle operazioni di soccorso nell'arco delle 24 ore successive richiamano telefonicamente il paziente per verificare le condizioni di salute.



Modalità di comunicazione

Il protocollo verrà distribuito a tutti gli operatori e sarà oggetto di formazione specifica. Si provvederà inoltre a informare sia i referenti degli Enti Locali sia la popolazione residente nell'area di riferimento della Casa della Salute.



Data di stesura e di revisione

Data di stesura: 30 novembre 2017

Data di revisione: 29 novembre 2020

Il Protocollo ha validità triennale a meno di nuova e diversa normativa che possa essere motivo di modifiche o integrazione.

NORMA FINALE

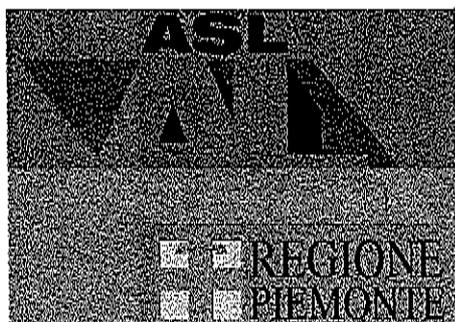
Per tutto ciò che non è disciplinato dal presente Protocollo, restano valide le norme vigenti nazionali e regionali di settore.

Gruppo di redazione del protocollo

Elide Azzan	Direttore Sanitario ASL AL
Orazio Francesco Barresi	Direttore S.C. Distretto di Novi L. - Tortona
Massimo D'Angelo	Direttore S.C. Distretto di Casale Monferrato
Guglielmo Pacileo	Staff Direzione Generale ASL AL
Claudio Sasso	Direttore S.C. Distretto di Acqui T. - Ovada
Roberto Stura	Direttore S.C. Distretto di Alessandria - Valenza

Bibliografia

- ILCOR (International Liaison Committee Resuscitation)
- Linee guida 2010 AHA
- ILCOR 2005 Edited by Jerry Nolan and Peter Baskett
- European Resuscitation Council 2010 (ERC)
- "Resuscitation Vol 67 Supplement 1 December 2005"
- DPR 14 gennaio 1997 " Approvazione dell'Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici, ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche"
- D.A: 11 gennaio 2008 "Approvazione degli standard per la gestione del rischio clinico per le strutture ospedaliere e le centrali operative SUES 118"
- Manuale degli Standard Joint Commission International per l'Accreditamento degli ospedali 3° ed.



All. 3

PROTOCOLLO OPERATIVO

***PER IL RACCORDO FRA LA RETE DELLE
CASE DELLA SALUTE E L'AREA SOCIO-
SANITARIA E SOCIO-ASSISTENZIALE***

SOMMARIO

1. Definizioni e sigle	1
2. Premessa	4
3. Oggetto	5
4. Campo di applicazione	6
5. Contenuto	7
Modalità di comunicazione	11
Data di stesura e data di revisione	12
Gruppo di redazione del protocollo	13
Bibliografia	14

1. Definizioni e sigle

Paziente fragile: persona di età avanzata o molto avanzata o molto avanzata cronicamente affetta da patologie multiple con stato di salute instabile frequentemente con disabilità in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie sono spesso complicati da problematiche di tipo socio-economico e psico-comportamentali.

Accesso: è il momento dell'ingresso nella rete dei servizi da parte dei cittadini; l'accesso ai servizi sanitari e socio sanitari rappresenta una declinazione dei principi di equità e di universalità delle persone; le modalità di accesso devono essere:

1. unificate, per facilitare l'accoglienza delle persone, in particolare i soggetti non autosufficienti o in condizioni di fragilità;
2. integrate, ossia garantire percorsi sanitari e sociosanitari coordinati tra professionisti e servizi: ospedalieri, distrettuali e sociali.

Ascolto: è un processo comunicativo attivo di decodifica e comprensione di messaggi, informazioni, richieste, espressioni emotive; il processo dell'ascolto attivo richiede alcune competenze da parte dell'operatore e requisiti ambientali/organizzativi sostanziali:

1. accogliere,
2. comprendere cognitivamente ed empiricamente ciò che la persona comunica,
3. identificare i bisogni,
4. utilizzare il feedback per confermare quanto l'altro ha espresso,
5. ridurre le interferenze e il "rumore" sia fisico che cognitivo,
6. comunicare eventuali risposte e informazioni in modo chiaro e in modo cognitivamente accessibile all'interlocutore.

Accoglienza: in questa fase l'operatore del PUA ha il compito di fornire all'utente tutte le informazioni sull'accesso ai servizi, di orientare l'utente (o la famiglia), a seguito di una valutazione preliminare della complessità del bisogno, allo scopo di verificare la tipologia della richiesta: sociale, sanitaria o complessa (socio sanitaria).

PUA: Punto Unico di Accesso ai servizi alla persona (sociosanitari territoriali aziendali); il PUA è lo snodo dei percorsi sociosanitari, il luogo ove si attua la presa in carico globale della persona "fragile" e della sua famiglia. Al suo interno si svolgono funzioni di accoglienza e di front-office, funzione di relazione ed ascolto, decodificazione dei bisogni, orientamento ai Servizi e invio delle persone ai servizi sociosanitari della rete. Il PUA è il luogo dove ogni cittadino può rivolgersi per ottenere qualsiasi informazione relativa ai servizi sociali, socio sanitari e sanitari del territorio di competenza del Distretto, alle prestazioni erogate, alle modalità e tempi di accesso.

Il PUA deve garantire, in particolare, la continuità e la tempestività delle cure alle persone con problemi socio-sanitari complessi, cui devono essere fornite risposte multiple di tipo sanitario (Cure domiciliari integrate, etc.) o socio-sanitarie (ADI, residenzialità diurna o a tempo pieno, case protette).

Bisogno: stato di carenza e/o mancanza di natura fisica, mentale, psicologica e sociale che porta ad una situazione di disagio dell'individuo.

Bisogno complesso: si tratta dello stato soggettivo di carenza e/o perdita di equilibrio o di integrità bio-psicosociale che diventa complesso quando richiede una risposta che coinvolge le diverse dimensioni sociale e sanitario ed è pertanto sempre sociosanitario.

Preso in carico: è un processo, un insieme di azioni, percorsi, strategie che il Servizio Sanitario mette in atto per rispondere ai bisogni di salute complessi e che richiedono un'assistenza continuativa o prolungata nel tempo coinvolgendo diverse professionalità; nell'ottica del PUA, la "presa in carico" può essere definita come "un processo integrato e continuativo che si configura come "governo" di un insieme articolato e coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso e articolato; la "presa in carico" è legata alla "complessità" dei bisogni, della domanda, della valutazione dei bisogni e dell'offerta e, a tale complessità è strettamente legato il concetto di "unitarietà".

Progetto di assistenza individuale (PAI): progetto assistenziale che deve tener conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità del paziente e dei suoi familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari, e deve definire esplicitamente e in maniera analitica:

- 1) gli obiettivi e i risultati che si intendono raggiungere,
- 2) il regime prestazionale (domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale) e il suo livello di intensità e durata,
- 3) le azioni, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali impegnate,
- 4) la quantità, le modalità, la frequenza e la durata di ogni tipologia di intervento/prestazione necessario per raggiungere gli obiettivi,
- 5) la disponibilità e le quantità di presidi e materiali vari,
- 6) l'individuazione delle figure di riferimento,
- 7) la durata complessiva del progetto assistenziale,
- 8) gli strumenti di verifica.

Integrazione sociosanitaria: il Decreto Lgs. 229/99 la definisce: " tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione"; si attua su tre livelli: istituzionale, gestionale, professionale.

RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale.

UMVD: L' Unità Multidisciplinare di Valutazione delle Disabilità è una commissione che svolge le seguenti funzioni:

- valuta la situazione intellettiva, psichica generale e fisica dei soggetti disabili di ogni età, con esclusione degli ultrasessantacinquenni e di coloro che rientrano nelle competenze dell'Unità di Valutazione Geriatrica
- valuta il livello di menomazione delle attività e della partecipazione sociale delle persone, utilizzando idonei strumenti per individuarne i bisogni e progettare i relativi interventi (domiciliari, semiresidenziali e residenziali)
- definisce la presa in carico da parte dei servizi sanitari e sociali e valida un Progetto Individuale in relazione ai bisogni della persona



UVG: l'Unità di Valutazione Geriatrica è l'organismo aziendale di valutazione per l'accesso a diversi servizi socio – sanitari rivolti agli anziani e agli adulti non autosufficienti.

L'Unità di Valutazione Geriatrica rappresenta l'elemento centrale del coordinamento per accedere ai servizi rivolti agli anziani ed agli adulti non autosufficienti e realizza l'integrazione tra i servizi sociali e sanitari.

Si tratta di un'equipe multidisciplinare che ha lo scopo di valutare in modo globale l'anziano fragile e di definire un progetto assistenziale al fine di garantire la cura, la prevenzione, la riabilitazione.

Attraverso l'U.V.G. l'Azienda sanitaria ed i Servizi socio-assistenziali assicurano le funzioni di valutazione per la cura delle persone anziane non autosufficienti e dei soggetti i cui bisogni assistenziali e sanitari siano assimilabili ad anziani non autosufficienti.

2. Premessa

L'integrazione degli interventi di natura socio-assistenziale e le attività di assistenza sanitaria costituiscono un valore primario ed un principio basilare di organizzazione e di funzionamento dei servizi rappresentando un fattore fondamentale per la qualificazione dell'offerta in quanto tale procedimento genera maggiore efficacia assistenziale consentendo di rispondere a bisogni complessi attraverso processi assistenziali multiprofessionali e interdisciplinari e favorisce un uso più efficiente delle risorse umane superando settorialità, disuguaglianze, frammentazione di interventi o inutili ridondanze. Inoltre, attraverso un approccio integrato, si riduce il disagio dei cittadini superando la logica delle prestazioni assicurate con figure singole, sanitarie o sociali, e si favorisce, invece, un'erogazione unitaria e coordinata nel rapporto con l'utenza.

Con la DGR n. 3-4287 del 29 novembre 2016 la Regione Piemonte ha definito le linee di indirizzo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, mediante la sperimentazione delle Case della Salute, che costituiscono lo snodo del Distretto per il coordinamento e l'integrazione con le attività socio-assistenziali di competenza dei Comuni e relativi Enti gestori socio-assistenziali, con particolare riferimento alle prestazioni erogate congiuntamente nell'ambito del sistema socio-sanitario, quali la presa in carico e la valutazione multidisciplinare del bisogno della popolazione anziana, minori e disabili e delle fasce più deboli della popolazione.

3. Oggetto

Il Protocollo disciplina gli elementi operativi finalizzati a realizzare un sistema di accoglienza della domanda sociale e sanitaria delle Case della Salute dell'ASL AL, per consentire al cittadino di fruire dell'intera gamma di opportunità offerte dal sistema dei servizi sociali e sanitari e di accedere da un Punto Unico di Accesso (PUA), istituito nell'ambito delle Case della Salute dei Distretti dell'Azienda Sanitaria, all'intera rete dei servizi sociali e sanitari.

Il PUA si caratterizza quale "modalità organizzativa che, nell'ottica di fornire risposte integrate, complete e appropriate a bisogni semplici e avviare i percorsi per i bisogni complessi, è funzionale anche alla razionalizzazione dei processi e delle risorse".

Come tale, il PUA garantisce l'apertura a tutte le persone che vi si rivolgono, ponendo comunque una particolare attenzione a:

- persone cronicamente affette da patologie multiple, dipendenze e/o con disabilità, stato di salute instabile, i cui effetti possono essere aggravati da problematiche socio-economiche;
- persone di età avanzata che presentano difficoltà o veri e propri disagi sociali o economici;
- persone straniere, anche temporaneamente presenti, che abbiano problematiche sanitarie e/o sociali complicate da difficoltà di relazione con i servizi per motivi linguistico-culturali;
- persone di minore età con situazioni di disagio e/o condizioni di salute, che ne ritardino od ostacolino lo sviluppo psico-fisico e sociale.

Pertanto il PUA costituisce un elemento cardine nella "presa in carico globale" di tutti i cittadini in merito ai loro bisogni sociali e sanitari e maggiormente dei pazienti non autosufficienti e con condizioni di fragilità personale e sociale, in grado di fornire da un lato un punto di riferimento per il paziente e i suoi familiari, e dall'altro capace di garantire il coordinamento tra i servizi coinvolti all'interno dell'ASL (CdS, Distretto e Presidi Ospedalieri) ed all'esterno (Comuni e Strutture Socio-Sanitarie accreditate).



4. Campo di applicazione

Il presente protocollo si applica nei casi di attivazione del Punto Unico di Accesso, modalità organizzativa integrata socio-sanitaria, in ciascuna Casa della Salute dei Distretti dell'ASL AL.

5. Contenuto

a) OBIETTIVI

Il PUA opera con modalità idonee a promuovere la semplificazione nell'accesso per gli utenti, la garanzia per l'utente del miglior governo del caso e l'appropriatezza del sistema di risposte allestito.

Al fine di garantire un intervento unitario il PUA opera sia per il complesso dei servizi sociali sia per i servizi socio-sanitari, assicurando un modello organizzativo strutturale e funzionale unitario di presa in carico dei soggetti per l'esecuzione di prestazioni sociali e sanitarie integrate.

Costituiscono obiettivi prioritari del PUA:

- garantire ai cittadini il diritto all'accesso unitario ai vari servizi, superando l'accesso alle diverse prestazioni erogate da sistemi differenti
- garantire l'accesso universalistico alle prestazioni sociosanitarie, in particolare nell'area della fragilità, della cronicità e della disabilità;
- proporsi come livello di assistenza processuale finalizzato a porre in essere azioni e modalità idonee per una corretta tutela sanitaria e socio-assistenziale;

Nell'ambito dell'organizzazione delle Case della Salute dell'ASL AL, inoltre, il PUA rappresenta il raccordo funzionale tra i nodi principali del sistema di accesso alla rete dei servizi sanitari distrettuali (MMG/PLS, C.U.P, Ospedali), e territoriali (SERD, CSM) e alla rete dei servizi sociali di ambito.

b) FUNZIONI E COMPITI DEL PUA

Il PUA è inteso anche come luogo fisico, ma, soprattutto, come una modalità di approccio ai problemi dell'utenza e di interfaccia con la rete dei servizi; cioè una modalità di lavoro, propria degli operatori sanitari e sociali, che si articola a due livelli: il front office e il back office.

La funzione di front office, a contatto diretto del cittadino, si declina nelle attività di:

- accoglienza e ascolto e prevalutazione degli elementi di bisogno della persona mediante l'apertura di un progetto-fascicolo personale e l'adozione di una scheda socio-sanitaria, entrambi da unificarsi nell'ambito delle Case della Salute dell'ASL e dei Comuni, capaci di individuare il bisogno sociale, sanitario e socio-sanitario e il relativo livello di complessità;
- ricezione delle schede di segnalazione di soggetti fragili da parte di singoli cittadini e/o di agenzie diffuse, formali e informali, della comunità, volte a segnalare eventuali bisogni inespressi e a creare la collaborazione collettiva alla presa in carico della fragilità, della cronicità e della complessità;
- informazioni relative ai servizi, ai diritti esigibili e alle rispettive modalità di accesso;
- primo orientamento e accompagnamento ai servizi sanitari e sociali coerenti con la domanda espressa o con il bisogno rilevato;
- ricezione della domanda di Assistenza Semiresidenziale e Residenziale a gestione integrata e compartecipata, proveniente dalla cosiddetta "rete formale" del

Distretto (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici della continuità assistenziale Centrale Operativa di Continuità assistenziale, Ospedali, Servizio Sociale, Uffici dei Servizi Sociali dei Comuni dell'ambito territoriale di competenza dell'ASL AL) o direttamente dal cittadino;

- verifica nella fase istruttoria i requisiti di ammissibilità e la completezza della documentazione presentata.

La funzione di back office, come confronto multidisciplinare e lavoro d'équipe tra gli operatori, si declina nelle attività di:

- valutazione dei casi accolti o segnalati, mediante la raccolta di informazioni socioambientali, sanitarie e del livello di autosufficienza;
- realizzazione di interventi per la risoluzione diretta di casi semplici;
- attivazione della rete dei servizi per i casi a valenza istituzionale multipla, nonché delle reti informali presenti nel territorio (acquisito il consenso del cittadino);
- attivazione della valutazione multidimensionale, in presenza di bisogni socio-sanitari di livello medio e alto, per la conseguente presa in carico attraverso le Commissioni U.V.G. e U.M.V.D.;
- eventuale attivazione della mediazione culturale;
- monitoraggio dei percorsi attivati e aggiornamento della mappa dei servizi.

c) ARTICOLAZIONE DEL PUA

Il PUA si identifica strutturalmente, come spazio fisico dedicato con personale e attrezzature visibili, e funzionalmente, come modalità diffusa di lavoro degli operatori sociali e sanitari, volta a realizzare percorsi assistenziali e informativi/ici, tali da integrare le informazioni e le valutazioni degli operatori e di redigere un progetto comune, con l'adozione di metodologie e di regole condivise e l'uso di strumenti modulari - sequenziali.

Esso si colloca territorialmente nelle Case della Salute dei Distretti Sanitari di:

- Casale Monferrato (c/o il Poliambulatorio di Moncalvo), Via Goria, 9 - Moncalvo
- Novi Ligure - Tortona (c/o il Poliambulatorio di Castelnuovo Scriveria), Piazza Vittorio Veneto, 15 – Castelnuovo Scriveria
- Novi Ligure - Tortona (c/o il Poliambulatorio di Arquata Scriveria), Via Libarna, 267 – Arquata Scriveria
- Alessandria - Valenza (c/o la Casa della salute di Castellazzo Bormida), Via San Giovanni Bosco, 1

d) MODALITA' OPERATIVE E RACCORDO CON I SERVIZI DI ACCESSO TERRITORIALI

Il PUA accoglie eventuali segnalazioni provenienti dalla rete formale o informale, o anche eventuali richieste di assistenza avanzate dal MMG, dal PLS, dalle strutture territoriali, dai Presidi Ospedalieri, dal servizio sociale del comune di residenza.

Il Distretto/Casa della Salute procederà a informare con le modalità che riterrà opportune la rete formale circa le procedure previste, la modulistica da utilizzare, la certificazione da allegare, i requisiti di accesso in maniera tale da favorire la reale diffusione dei punti di accesso sul territorio.

Il PUA è inserito nel processo di presa in carico, ed è attivato da singoli cittadini, dai MMG/PLS, da stakeholders formali e informali, da utenti e familiari interessati, da servizi sanitari (Centrale Operativa di Continuità Assistenziale, Centrale Operativa dell'Assistenza Domiciliare dei Distretti dell'ASL, da servizi sociali dei Comuni).

Oltre alle funzioni descritte per il livello di back office, il PUA provvede altresì a:

- organizzare interventi integrati per dare soluzione a condizioni personali e situazionali multiproblematiche e complesse, che richiedano la collaborazione di servizi e risorse diverse;
- individuare casi di non autosufficienza, a favore dei quali disporre di un progetto personalizzato di intervento;
- convocare l'UMVD, per la eventuale presa in carico;
- supporto all'inserimento nelle cure domiciliari e nelle cure domiciliari integrate;
- supporto all'inserimento in strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate a ciclo continuativo o diurno;
- supporto alla dimissione di utenti già assistiti in strutture socio-assistenziali e loro accoglienza in strutture di carattere socio-sanitario.

e) ARTICOLAZIONE TERRITORIALE E SEDE DEGLI UFFICI

I Punti Unici di Accesso dei Distretti dell'ASL AL hanno sede presso:

- La Casa della Salute di Moncalvo, in Via Goria, 9
- La Casa della Salute di Castelnuovo Scivria, Piazza Vittorio Veneto, 15
- La Casa della Salute di Arquata Scivria, Via Libarna, 267
- La Casa della Salute di Castellazzo Bormida, Via San Giovanni Bosco, 1.

f) ORARI DI APERTURA

Gli sportelli del PUA rispetteranno i seguenti orari di apertura al pubblico:

- Punto di Accesso della CdS di Moncalvo: Martedì h 9,00-12,00, Mercoledì h 11,00-13,00, Giovedì h 10,00-13,00;
- Punto di Accesso della CdS di Arquata Scivria: Martedì h 10,00-13,00, Mercoledì h 10,00-13,00, Giovedì h 10,00-13,00;
- Punto di Accesso della CdS di Castelnuovo Scivria: Martedì h 10,00-13,00, Mercoledì h 10,00-13,00, Giovedì h 10,00-13,00;
- Punto di Accesso della CdS di Castellazzo Bormida: Lunedì h 10,00-12,00, Venerdì h 10,00-12,00.

g) PROCEDURE PER L'ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI TERRITORIALI

Il cittadino per accedere ai servizi e alle prestazioni socio-sanitarie presenta presso lo sportello del PUA apposita richiesta, corredata dalla documentazione medica, compilando la modulistica predisposta, che a regime dovrà essere disponibile anche presso tutti i punti della rete "formale".

Alla richiesta di assistenza, predisposta secondo la modulistica disponibile presso i punti di accesso del PUA, dovrà essere allegata anche la seguente documentazione:

- Dichiarazione sostitutiva unica;
- Fotocopia carta di identità in corso di validità

Nel caso in cui il richiedente sia persona con handicap permanente grave di cui all'art. 3, comma 3, della L.104/92, accertato ai sensi dell'art. 4 della stessa legge, nonché soggetto ultrasessantacinquenne in condizione di accertata non autosufficienza fisica o psichica, il PUA dovrà acquisire d'ufficio l'ISEE estratto (ai sensi dell'art. 1 R.R n.7/2012).

Alla ricezione della domanda presso i punti di accesso fa seguito l'istruttoria da parte degli operatori del PUA. L'istanza, al completamento dell'istruttoria, viene trasmessa all'UMVD o UVG.

RESPONSABILITA' E NUMERO DI OPERATORI COINVOLTI

Il Direttore di Distretto è tenuto a monitorare i processi di gestione dell'integrazione socio-sanitaria nell'ambito della CdS ed è responsabile della corretta applicazione del presente Protocollo.

Il personale dedicato ai PUA, è costituito da:

Casa della Salute di Moncalvo

- n. 1 Assistente Sociale, per 14 ore settimanali;
- n.1 Operatore Amministrativo, per 5 ore a settimana;
- n. 1 Infermiere per almeno 15 ore settimanali.

Casa della Salute di Castelnuovo Scrvia

- n. 1 Assistente Sociale, per 10 ore settimanali;
- n.1 Operatore Amministrativo, per 10 ore a settimana;
- n. 1 Infermiere per almeno 15 ore settimanali.

Casa della Salute di Arquata Scrvia

- n. 1 Assistente Sociale, per 10 ore settimanali;
- n.1 Operatore Amministrativo, per 10 ore a settimana;
- n. 1 Infermiere per almeno 15 ore settimanali.

Casa della Salute di Castellazzo Bormida

- n. 1 Assistente Sociale, per 10 ore settimanali;
- n. 1 Infermiere per almeno 10 ore settimanali.

Il numero totale degli operatori e delle ore previste potrebbe essere suscettibile di variazioni sulla base dell'effettiva operatività rilevata a regime.



Modalità di comunicazione

Il protocollo verrà distribuito a tutti gli operatori e sarà oggetto di formazione specifica. Si provvederà inoltre a informare sia i referenti degli Enti Locali sia la popolazione residente nell'area di riferimento della Casa della Salute.



Data di stesura e data di revisione

Data di stesura: 30 novembre 2017

Data di revisione: 29 novembre 2020

Il Protocollo ha validità triennale a meno di nuova e diversa normativa che possa essere motivo di modifiche o integrazione.

NORMA FINALE

Per tutto ciò che non è disciplinato dal presente Protocollo, restano valide le norme vigenti nazionali e regionali di settore.

Gruppo di redazione del protocollo

Elide Azzan	Direttore Sanitario ASL AL
Orazio Francesco Barresi	Direttore S.C. Distretto di Novi L. - Tortona
Massimo D'Angelo	Direttore S.C. Distretto di Casale Monferrato
Guglielmo Pacileo	Staff Direzione Generale ASL AL
Claudio Sasso	Direttore S.C. Distretto di Acqui T. - Ovada
Roberto Stura	Direttore S.C. Distretto di Alessandria - Valenza

Bibliografia

- Agenas, Punto Unico di Accesso, presa in carico, continuità assistenziale, in Quaderni di monitor, 2° supplemento al n. 21/2008
- Ancona A., Sette buone ragioni per investire sui P.U.A., in Quaderni di monitor, 2° supplemento al n. 21/2008
- Bellentani M., Guglielmi E., Approfondimenti e prospettive del Punto unitario d'accesso, in Individuazione ed implementazione di un sistema d'accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità, n.59/ 2011
- Bellentani M.D., Inglese S.A., Banchemo A., Punto Unico di accesso: I risultati della ricerca, in Quaderni di monitor, 2° supplemento al n. 21/2008
- Bissolo G., Il sistema dell'integrazione sociosanitaria in Italia, in (a cura di) Bissolo G., Fazzi L., Costruire l'integrazione sociosanitaria, Roma, Carocci faber, 2005, pp. 37-46, p. 41 - Dente F, Massaro A. S., a cura di, Il segretariato sociale, l'accoglienza, l'informazione nella pubblica amministrazione, Clueb 2006
- Devastato G., Le funzioni del welfare d'accesso, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 18/2008
- Fabbri E., Scheggi M., Federsanità-Anci Toscana, Analisi di percorsi di presa in carico integrata nei P.U.A., Quaderni di monitor, 2° supplemento al n. 21/2008
- Faccioli F., Comunicazione pubblica e cultura del servizio, Carocci editore, 2006
- Femiano M., Russo F., Molinaro G., Letico G., Sorrentino A., Acciarino C., Natale A., L'esperienza dell'attivazione del Punto unitario d'accesso in un'Azienda sanitaria locale della Campania, in Individuazione ed implementazione di un sistema d'accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità, n.59/ 2011
- Formez pa, Analisi delle procedure "as-is" casa della salute di Chiaravalle assistenza tecnica all'applicazione delle linee guida regionali: "modello organizzativo e percorso di attuazione Delle case della salute", Marzo 2014
- Frau G., Il Punto Unico di Accesso come modello organizzativo per la presa in carico delle persone nella rete dei servizi, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 18/2008
- Lombardi A., Gli uffici della cittadinanza in Umbria, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 18/2008 - Nocentini P., L'impianto strategico del Progetto di ricerca e i suoi esiti più significativi nei servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità, in Individuazione ed implementazione di un sistema d'accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità, n.59/ 2011
- Pesaresi F., La porta sociale: le tendenze in Italia, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 18/2008
- Pignatto A., Regazzo C., 2002, "Organizzazione e qualità nei servizi sociosanitari",
- Ruti P., Sarzani P., L'Ufficio di promozione sociale nel Comune di Ancona, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 18/2008

- 
- Vecchiato T., Mazzini E.L.L., a cura di, L'integrazione sociosanitaria: risultati di sperimentazione e condizioni di efficacia, Fondazione Emanuela Zancan, 2008
 - Progetto Azioni di Sistema e Assistenza tecnica per il conseguimento dei target relativi ai servizi di Assistenza Domiciliare Integrata per la popolazione anziana, Seminario Modelli Organizzativi e funzionamento dei Punti Unici di Accesso Roma, 4-5-marzo 2010, Resoconti dei gruppi di lavoro
 - Vardanega Agnese, 2010 "Costruire indicatori per la valutazione. Costruzionismo e principio di realtà", in Claudio Bezzi, Leonardo Cannavò e Mauro Palumbo (a cura di), Costruire e usare indicatori nella ricerca sociale e nella valutazione, Franco Angeli, pp. 58-79.



ALL. 4

PROTOCOLLO OPERATIVO

***PER IL RACCORDO FRA LA RETE DELLE
CASE DELLA SALUTE E L'AREA DELLA
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE***

SOMMARIO

1. Premessa	1
2. Oggetto: la riorganizzazione del percorso di continuità di cura	2
3. Responsabilità e operatori coinvolti	3
4.1 Campo di applicazione e contenuto: continuità di cura alle persone con problematiche assistenziali	4
4.2 Campo di applicazione e contenuto: continuità terapeutica ed assistenziale alle persone affette da cronicità che accedono alle cure ospedaliere, sia in emergenza/urgenza, che in elezione	9
Modalità di comunicazione	11
Data di stesura e di revisione	12
Gruppo di redazione del protocollo	13
Bibliografia	14

1. Premessa

ASPETTI CRITICI DELLA DIMISSIONE OSPEDALIERA

La dimissione ospedaliera costituisce uno degli aspetti critici del processo assistenziale e, quindi, dovrebbe essere predisposta ed organizzata ben oltre la storica lettera di dimissione che per quanto precisa ed esauriente non sempre riesce a trasferire ai medici e agli infermieri del distretto la reale dimensione e le problematiche della gestione assistenziale del paziente complesso.

I PROBLEMI DI SICUREZZA DEL RITORNO A CASA

Ciò pone problemi di sicurezza del paziente fragile, perché rappresenta il momento di passaggio da un regime di cure continuative nelle 24 ore, erogate da personale specializzato ad un'assistenza domiciliare non più continuativa ma solo periodica o episodica da un punto di vista sanitario (presenza del medico e dell'infermiere al massimo per poche ore al giorno) ed è, infatti, gestita dai familiari o altri care-givers.

Se, quindi, da un lato, il ritorno a casa rappresenta un potente stimolo per il recupero dell'autosufficienza, dall'altro lato, presenta effettive debolezze legate ad una difettosa organizzazione del sistema che è causa, spesso, di una rapida ri-ospedalizzazione.

L'INTERAZIONE OPERATIVA PER UN MIGLIORE ASSETTO ORGANIZZATIVO

Il miglioramento dell'assetto organizzativo non può che passare attraverso l'interazione operativa (ma anche culturale) tra i professionisti della salute, che si realizza attraverso la condivisione di un progetto di pianificazione della dimissione, che segue il paziente oltre le mura dell'ospedale mediante un passaggio continuo di informazioni tra operatori ospedalieri e territoriali.

2. Oggetto: la riorganizzazione del percorso di continuità di cura

CRITERI

I criteri per la continuità delle cure e gli strumenti per la piena realizzazione della rete territoriale conducono ad un modello organizzativo che abbia 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.

OBIETTIVI

La riorganizzazione del percorso necessita di uniformare il comportamento organizzativo a livello aziendale per:

- 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 che lavora 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.

LE RELAZIONI TRA LE PROFESSIONI SANITARIE

Il modello organizzativo deve sviluppare e consolidare le relazioni tra le professioni sanitarie ospedaliere e quelle 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.

L'ELEMENTO CENTRALE DEL PROCESSO: LA "PRESA IN CARICO"

L'elemento centrale del processo è la **"presa in cura" 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:

- il Medico M.G. e il Pediatra 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 Case della Salute e i servizi distrettuali che assicurano l'assistenza domiciliare;
- le strutture dell'assistenza socio-sanitaria territoriale.

3. Responsabilità e operatori coinvolti

IL NUCLEO OSPEDALIERO DI CONTINUITÀ DELLE CURE (N.O.C.C.) E IL NUCLEO DISTRETTUALE DI CONTINUITÀ DELLE CURE (N.D.C.C.)

Al fine di produrre una forte integrazione sinergica tra ospedale e territorio sono stati istituiti ed attivati:

- il **Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (N.O.C.C.)** presso ogni P.O. composto dal personale medico e infermieristico e dall'assistente sociale ospedaliera (o, qualora questa non sia presente, dall'assistente sociale distaccata), che riferiscono al Direttore Medico di Presidio;
- il **Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (N.D.C.C.)** presso ogni Distretto composto da personale medico ed infermieristico del Distretto e dall'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.

Le attività dei Nuclei sono:

- indagine congiunta sanitaria e sociale finalizzata all'acquisizione di elementi relativi alle condizioni globali del paziente;
- definizione congiunta del percorso assistenziale concordato con il beneficiario e/o con la famiglia.

IL PUNTO UNICO DI ACCESSO – PUA (approfondimento nel protocollo operativo dedicato)

Il **PUA – Punto Unico di Accesso** con presenza di infermieri ed assistenti sociali gestisce l'arruolamento dei pazienti per l'inserimento in percorsi preferenziali per il trattamento delle loro patologie.

Al PUA vengono affidati, inoltre, i seguenti compiti:

- recepire le segnalazioni dai diversi attori (MMG, reparti ospedalieri, cittadini);
- svolgere una prima analisi del bisogno espresso dal cittadino ed indirizzarlo verso il servizio socio-sanitario più idoneo, ossia:
 - in caso di "esigenza semplice" (cronicità, bisogni infermieristici), indirizzare verso gli ambulatori o i servizi in loco in grado di offrire le opportune prestazioni;
 - in caso di "esigenza complessa" (sanitaria e sociale), attivare l'UVM per la valutazione multidimensionale e produrre il Piano di Assistenza Individuale "PAI";
- favorire il raccordo tecnico-collaborativo tra i servizi sanitari ed i servizi sociali;
- semplificare l'accesso alla rete territoriale dei servizi.

4.1 Campo di applicazione e contenuto: continuità di cura alle persone con problematiche assistenziali

MODALITÀ OPERATIVE

Al percorso di continuità di cure si può accedere tramite dimissione dal Pronto Soccorso o dal Reparto Ospedaliero e si articola nelle seguenti fasi.

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 ospedale l'infermiere (entro la mattina successiva al ricovero) valuta il paziente mediante la compilazione di un modulo (Allegato 1 - **SCHEDA 1_BRASS**), per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile e in caso di indice di Brass > a 10 attiva il N.O.C.C.

B) SEGNALAZIONE DEL CASO

Consiste nella attivazione del percorso "continuità di cura" attraverso la segnalazione: l'assistente sociale del N.O.C.C., nel più breve tempo possibile, invia la scheda di segnalazione (Allegato 1 - **SCHEDA 2_NOCC**) mediante comunicazione informatica o tramite fax o e-mail al N.D.C.C. di residenza del paziente.

Nella scheda viene proposta una prima ipotesi di piano di dimissione da attivare durante la degenza che può prevedere i seguenti casi:

1. dimissione ordinaria
2. educazione-istruzione del paziente e della famiglia/badante
3. attivazione di un percorso di continuità terapeutica e assistenziale per paziente cronico presso la Casa della Salute
4. segnalazione al PUA per attivazione dei servizi CSM, SERD, ecc.
5. segnalazione al PUA per attivazione percorso di semi-residenzialità/residenzialità
6. attivazione dell'ADI - Assistenza Domiciliare Integrata
7. attivazione del servizio di Cure Palliative
8. ricovero in posti di continuità assistenziale CAVS
9. ricovero in posti di HOSPICE
10. ricovero in struttura di riabilitazione e/o lungodegenza

C) VALUTAZIONE DEI BISOGNI SOCIO-SANITARI

Il N.D.C.C. si coordina con il PUA della Casa della Salute / Distretto per svolgere un ruolo cardine in tutto il percorso assistenziale, in modo da costituire il punto di raccordo

fondamentale tra i reparti ospedalieri, i servizi territoriali sanitari e sociali, il cittadino ricoverato ed i suoi familiari.

1. Il N.D.C.C., 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;
- per situazioni sociali particolarmente complesse, l'assistente sociale, al fine di verificare le condizioni socio-ambientali ed il contesto relazionale di riferimento.

2. Il N.D.C.C., raccolte le notizie dal MMG e dall'assistente sociale, compila la scheda di segnalazione (Allegato 1 - **SCHEDA 3_NDCC**) e la invia al reparto presso il quale è ricoverato il paziente.

3. Il medico e l'infermiere del N.D.C.C. si attivano per effettuare presso il reparto ove è ricoverato il paziente la valutazione dei bisogni per 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 scheda di segnalazione, (Allegato 1 - **SCHEDA 4_DIMISSIONE**) 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 situazione 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 (fisiatra, 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 alle Cure Palliative.

D) PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE DA PARTE DELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

Effettuata la valutazione multidimensionale intra-ospedaliera, esclusa la necessità di un ulteriore percorso ospedaliero in strutture ospedaliere dedicate alla riabilitazione o alla lungodegenza, 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:

- al domicilio attraverso le **cure domiciliari**, in assenza di problematiche socio-assistenziali ed ambientali;

- in **strutture di cure intermedie (CAVS)**, dedicate a pazienti stabili, ma non guariti e clinicamente complessi, che necessitano ancora di cure, controllo clinico, terapia infusionale o svezzamento da terapia infusionale, 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);

- in **strutture di post-acuzie riabilitative private accreditate e convenzionate**, dedicate a pazienti che necessitano di riabilitazione specialistica.

E) INVIO DELL'ASSISTITO ALLE CURE INTERMEDIE (CAVS / HOSPICE) E RUOLO DELLA CENTRALE OPERATIVA AZIENDALE

1. La Centrale Operativa Aziendale è il punto di riferimento della rete territoriale aziendale per la continuità di cura presso i CAVS e Hospice, assolvendo nello specifico alle seguenti funzioni:

- di "cabina di regia" per facilitare l'attività dei NDCC e dei NOCC;
- presidia il governo e l'omogeneizzazione della presa in carico dei pazienti rendendo più fluidi i percorsi territoriali;
- controlla e monitorizza la disponibilità dei posti presso i CAVS e Hospice di tutte le sedi aziendali;
- recepisce tutte le richieste di posti letto di CAVS e Hospice provenienti dai NDCC;
- interagisce con i NDCC per l'invio dei pazienti in CAVS e Hospice;
- attiva la presa in carico dei pazienti presso i CAVS e Hospice;
- gestisce i rapporti, con incontri periodici, con i responsabili dei CAVS e Hospice in modo proattivo e collaborativo;
- orienta la pianificazione assistenziale dei pazienti presi in carico in CAVS e Hospice con approccio integrato tra P.P.OO. e Distretti.

2. Il NDCC contatta telefonicamente la Centrale Operativa Aziendale prospettando la necessità dell'invio del paziente al setting di continuità cure in CAVS/Hospice ed invia alla stessa tramite e-mail la scheda di segnalazione.

3. La Centrale Operativa Aziendale, verificata prioritariamente la disponibilità di un posto letto libero presso il CAVS/Hospice più prossimo alla residenza del paziente, comunica al NDCC l'esito tramite e-mail indicando, in caso di disponibilità di un posto letto, il numero di autorizzazione annuale progressivo all'interno dell'ASL.

4. In caso di disponibilità di un posto letto, il NDCC formula specifica autorizzazione, la quale dovrà indicare anche la preventivata durata del ricovero, di norma non superiore a 30 gg. L'autorizzazione, che dovrà essere contenuta nella cartella clinica del paziente ricoverato in continuità assistenziale a valenza sanitaria, dovrà indicare:

- il numero di autorizzazione annuale progressivo all'interno dell'ASL fornito dalla Centrale Operativa Aziendale;
- i dati anagrafici del paziente;
- il setting di provenienza del paziente;
- la valutazione sanitaria e sociale del NOCC;
- il quadro clinico-assistenziale e terapeutico del paziente;
- il livello di complessità individuato per il paziente (alta, moderata);
- la struttura CAVS/Hospice indicata per il ricovero;
- la data di decorrenza del ricovero in CAVS/Hospice;
- i giorni indicativi di ricovero in CAVS/Hospice.

5. L'infermiere "case manager" del N.D.C.C., nel più breve tempo possibile:

- invia, tramite e-mail, l'autorizzazione alla Centrale Operativa Aziendale;
- predispone e/o controlla la logistica per il trasporto del malato;
- informa i familiari dei percorsi organizzativi per la gestione assistenziale dopo la dimissione.

6. La Centrale Operativa Aziendale provvede a registrare l'autorizzazione e, tramite e-mail, la trasmette con i documenti allegati al CAVS/Hospice prescelto (copia per conoscenza è inviata al NDCC).

F) TUTELA E VERIFICA DEL PERCORSO DI CURA IN CAVS

1. Il N.D.C.C. assume un ruolo di garante della gestione, del coordinamento e della responsabilità istituzionale/organizzativa del percorso assistenziale del paziente. Per assolvere a tale ruolo, il medico e l'infermiere del N.D.C.C. assicurano la loro presenza regolare ogni settimana nella struttura CAVS distrettuale.

Nel corso dell'incontro settimanale con gli operatori del CAVS viene verificato l'andamento del programma riabilitativo assistenziale e, in relazione a motivate necessità clinico-assistenziali sopravvenute, può essere decisa l'eventuale proroga fino ad un massimo di ulteriori 30 gg o, al raggiungimento degli obiettivi indicati, la dimissione dell'assistito e il suo trasferimento in un differente setting assistenziale.

2. In caso di dimissioni con necessità di ulteriore assistenza, il N.D.C.C. attiverà, almeno cinque giorni prima della data prevista per la dimissione, il PUA della Casa della Salute o del Distretto per organizzare con l'Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM / UVG) la valutazione clinica ed assistenziale e formulare il miglior progetto assistenziale individuale (PAI) possibile con la rete dei servizi, concretizzabile in ADI, Hospice, lungo-assistenza, residenzialità temporanea o definitiva, semi-residenzialità.

G) INVIO DELL'ASSISTITO ALLE CURE DOMICILIARI

1. In caso di dimissioni al domicilio attraverso le cure domiciliari distrettuali, verificata la disponibilità di una idonea rete familiare di supporto e definito il progetto clinico, riabilitativo ed assistenziale condiviso tra specialisti ospedalieri, medico di medicina generale e medico del distretto, il N.D.C.C. attiverà, almeno tre giorni prima della data prevista per la dimissione, il PUA della Casa della Salute o del Distretto per attivare l'assistenza 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.

H) INVIO DELL'ASSISTITO ALLE STRUTTURE DI POST-ACUZIE RIABILITATIVE PRIVATE ACCREDITATE E CONVENZIONATE

1. In caso di dimissioni verso strutture di post-acuzie riabilitative private accreditate e convenzionate, dedicate a pazienti che necessitano di riabilitazione specialistica, il N.D.C.C., su delega del Direttore Sanitario dell'ASL, autorizza il trasferimento del paziente dal Reparto di degenza alla struttura di post-acuzie sulla base della P.P.R.I. - Proposta di Progetto Riabilitativo Individuale predisposta dal fisiatra o da altro specialista proponente il progetto riabilitativo, quale strumento univoco di comunicazione tra professionisti, sulla base del quale sarà predisposto il P.R.I. - Progetto Riabilitativo Individuale, redatto dal fisiatra o da altro specialista di riferimento (sulla base della disabilità/patologia) della struttura che accoglie il paziente, che provvederà a trasmetterlo al NDCC.



2. Il N.D.C.C. assume un ruolo di garante della gestione del percorso assistenziale del paziente e dovrà essere informato dalla struttura di post-acuzie dell'andamento del programma riabilitativo e assistenziale.

3. In caso di dimissioni con necessità di ulteriore assistenza, il N.D.C.C. attiverà, almeno cinque giorni prima della data prevista per la dimissione, il PUA della Casa della Salute o del Distretto per organizzare con l'Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM / UVG) la valutazione clinica ed assistenziale e formulare il miglior progetto assistenziale individuale (PAI) possibile con la rete dei servizi, concretizzabile in ADI, lungo-assistenza, residenzialità temporanea o definitiva, semi-residenzialità.

4.2 Campo di applicazione e contenuto: continuità terapeutica ed assistenziale alle persone affette da cronicità che accedono alle cure ospedaliere, sia in emergenza/urgenza, che in elezione

LA COMPLESSITÀ DEL PAZIENTE CRONICO

Per il paziente cronico che presenta spesso diverse **complessità**, che possono essere contemporaneamente:

- **sanitaria**, determinata da una patologia fisica o mentale severa o presenta una polipatologia, o problemi di funzioni vitali;
- **assistenziale**, in quanto affetto da disabilità fisiche o mentali che limitano la sua autonomia nelle varie attività della vita quotidiana (mobilità, cura della persona) e richiedono aiuto da parte di altri;
- **socio-economica-familiare**, per la presenza di criticità legate al nucleo familiare (anziano solo o convivente con coniuge anziano), al domicilio (abitazione priva di servizi), alla vita economica e lavorativa (senza lavoro, con reddito o pensione insufficiente);

è necessario ridurre al minimo la discontinuità assistenziale e i rischi connessi.

LE LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE DAL PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ

A tale scopo, le linee di intervento proposte dal Piano Nazionale della Cronicità sono mirate:

- *a favorire la definizione, secondo standard EBM, di specifici percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali multidisciplinari intraospedalieri almeno per le principali patologie croniche (neurologiche, pneumologiche, cardiologiche, metaboliche, vascolari, oncologiche, ortopedico-reumatologiche);*
- *garantire la trasmissione delle informazioni alla dimissione, assicurando la continuità assistenziale sul territorio in contatto con il sistema delle cure primarie, anche con l'uso di tecnologie di e-Health;*
- *promuovere l'istituzione della figura del medico "tutor" per la persona affetta da cronicità al momento dell'accesso ospedaliero, che gestisca il percorso clinico intraospedaliero e si raccordi con il sistema territoriale.*

L'ACCESSO ALLA RETE ASSISTENZIALE TRAMITE IL PUA

L'accesso di un paziente in una rete assistenziale per la cronicità deve poter avvenire attraverso il PUA della Casa della Salute, che raccoglie qualsiasi segnalazione del sistema sulla base degli effettivi bisogni assistenziali. Il processo di segnalazione può avvenire con diverse modalità dai seguenti attori: MMG/PLS, medico del reparto ospedaliero, medico/infermiere RSA, farmacie, servizi sociali, associazioni di volontariato, familiari dell'assistito.

La ricezione della segnalazione da parte del PUA rappresenta il momento di accettazione del paziente al fine di consentire che i dati del paziente confluiscono in una lista di reclutamento. Compito del PUA è, inoltre, quello di avvisare il MMG della segnalazione

ricevuta, tramite servizi di interoperabilità in grado di notificare le fasi salienti del percorso dell'assistito.

LA VALUTAZIONE MULTIPROFESSIONALE

Per ogni segnalazione deve essere possibile eseguire una valutazione di base, secondo modelli prestabiliti, in generale, il flusso di lavoro deve prevedere che, a seguito della segnalazione, venga programmata una valutazione clinica dell'assistito, una valutazione sociale eseguita dall'assistente sociale e una infermieristica.

La fase di valutazione successiva alla raccolta delle richieste utilizzerà un modulo di valutazione di base, composto da sezioni per la rilevazione dei bisogni segnalati o riferiti, che estende e completa le informazioni già raccolte dal front office del PUA.

Tale raccolta consente di avere un primo documento che fungerà da dataset minimo di informazioni per l'attivazione eventuale di percorsi.

La Valutazione consiste nella compilazione di una serie di item sanitari e sociali utili a definire la condizione e i bisogni del paziente. Il modulo di Valutazione Multidisciplinare dovrà essere dotato di una serie di schede di valutazione, aperte al contributo di diversi operatori e specialisti, che consente di stabilire priorità e gradi di complessità della messa in lista dell'assistito per i servizi erogati.

LA GESTIONE DELLA CRONICITÀ NELL'AMBITO DELLA CASA DELLA SALUTE

La gestione della cronicità nell'ambito della Casa della Salute è vista con gli obiettivi di:

- individuare i pazienti cronici e la stadiazione delle patologie;
- creare registri di patologia;
- coinvolgere i MMG nel percorso di cura dei pazienti;
- ridurre l'ospedalizzazione da parte di pazienti cronici puntando sulla prevenzione di situazioni acute.

I MMG vengono coinvolti nelle fasi di:

- arruolamento del paziente;
- monitoraggio del percorso;
- presenza per il primo accesso del paziente per stilare il piano di follow up.

PIANO DI VALUTAZIONE DEL PROTOCOLLO

Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none">I. 90% Brass >10 / n° segnalazioni a NDCCII. 80% di dimissioni in cure domiciliari, CAVS, Hospice con scheda di Brass >10 / n° segnalazioni con scheda di Brass >10III. 10% n° casi con ri-ricovero in H presi in carico in cure domiciliari, CAVS, Hospice con scheda di Brass >10 / n° segnalazioni con scheda di Brass >10
------------------------	---



Modalità di comunicazione

Il protocollo verrà distribuito a tutti gli operatori e sarà oggetto di formazione specifica. Si provvederà inoltre a informare sia i referenti degli Enti Locali sia la popolazione residente nell'area di riferimento della Casa della Salute.



Data di stesura e di revisione

Data di stesura: 30 novembre 2017

Data di revisione: 29 novembre 2020

Il Protocollo ha validità triennale a meno di nuova e diversa normativa che possa essere motivo di modifiche o integrazione.

NORMA FINALE

Per tutto ciò che non è disciplinato dal presente Protocollo, restano valide le norme vigenti nazionali e regionali di settore.

Gruppo di redazione del protocollo

Elide Azzan	Direttore Sanitario ASL AL
Orazio Francesco Barresi	Direttore S.C. Distretto di Novi L. - Tortona
Massimo D'Angelo	Direttore S.C. Distretto di Casale Monferrato
Guglielmo Pacileo	Staff Direzione Generale ASL AL
Claudio Sasso	Direttore S.C. Distretto di Acqui T. - Ovada
Roberto Stura	Direttore S.C. Distretto di Alessandria - Valenza

Bibliografia

- 10° Supplemento al numero 30/2012 di Monitor - Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, *La presa in carico degli anziani non autosufficienti un contributo per conoscere e decidere*, Settembre 2011
 - Rossana Ugenti, *Il NSIS e la gestione delle informazioni di salute per i pazienti cronici*
 - Francesco Massicci, *La spesa per longterm care*
 - Maria Cecilia Guerra di Chiara Micali, *L'integrazione sociosanitaria: un percorso da condividere*
 - Angelo Lino Del Favero, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*
 - Elio Guzzanti, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: evoluzioni e prospettive*
 - Marco Trabucchi, *I servizi per gli anziani*
 - Giovanni Fosti, Ornella Larenza, Francesco Longo, Andrea Rotolo, *La rete dei servizi per la longterm care*
 - Enrico Brizioli, *I servizi residenziali in Italia*
 - Gianlorenzo Scaccabarozzi, Carlo Peruselli, Fabio Lombardi, *Oltre il "vuoto assistenziale"*
 - Cristiano Gori, Laura Pelliccia, *I nodi della longterm care in Italia*
 - Mariadonata Bellentani, Sara Catania e Elisa Guglielmi, *Le indicazioni programmatiche nazionali sul sistema dell'assistenza domiciliare nel SSN e le cure palliative*, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Novembre 2011
- G. L. Scaccabarozzi, *Aspetti Organizzativi e gestionali in home care*
- C. Destro, N. Sicolo, *La continuità di cura e assistenza al paziente complesso*
- The Alliance for Home Health Quality & Innovation, *The Future of Home Health Care Project*, May 2014
- Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari – Area Organizzazione e Programmazione Ente strumentale della Regione Piemonte, *Linee guida per lo sviluppo di un progetto di telemedicina*, Ottobre 2009
- A. Burgio, A. Battisti, A. Solipaca, S.C. Colosimo, L. Sicuro, G. Damiani, G. Baldassarre, G. Milan, T. Tamburrano, R. Crialesi e W. Ricciardi, *La relazione tra offerta di servizi di Long Term Care ed i bisogni assistenziali dell'anziano*
- Cittadinanzattiva Piemonte - Tribunale per i diritti del malato, *Raccomandazioni civiche in tema di cure domiciliari e innovazione*, Torino, agosto 2014

cognome _____ nome _____ nato il ____/____/____

BLAYLOCK RISK ASSESSMENT SCREENING (BRASS)

cerchiare ogni aspetto che viene rilevato

<p>Età (una sola opzione) 0 = 55 anni o meno 1 = 56- 64 anni 2 = 65- 79 anni 3 = 80 anni e più</p> <p>Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione) 0 = Vive col coniuge 1 = Vive con la famiglia 2 = Vive da solo con il sostegno della familiare 3 = Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti 4 = Vive solo senza alcun sostegno 5 = Assistenza domiciliare/residenziale</p> <p>Stato funzionale (ogni opzione valutata) 0 = Autonomo (Indipendente in ADL e IADL) Dipendente in: 1 = Alimentazione/nutrizione 1 = Igiene/abbigliamento 1 = Andare in bagno 1 = Spostamenti/mobilità 1 = Incontinenza intestinale 1 = Incontinenza urinaria 1 = Preparazione del cibo 1 = Responsabilità nell'uso di medicinali 1 = Capacità di gestire il denaro 1 = Fare acquisti 1 = Utilizzo di mezzi di trasporto</p> <p>Stato cognitivo (una sola opzione) 0 = Orientato 1 = Disorientato in alcune sfere* qualche volta 2 = Disorientato in alcune sfere* sempre 3 = Disorientato in tutte le sfere* qualche volta 4 = Disorientato in tutte le sfere* sempre 5 = Comatoso</p> <p><i>*sfere: spazio, tempo, luogo e sé</i></p>	<p>Modello comportamentale (ogni opzione valutata) 0 = Appropriato 1 = Wandering 1 = Agitato 1 = Confuso 1 = Altro</p> <p>Mobilità (una sola opzione) 0 = Deambula 1 = Deambula con aiuto di ausili 2 = Deambula con assistenza 3 = Non deambula</p> <p>Deficit sensoriali (una sola opzione) 0 = Nessuno 1 = Deficit visivi o uditivi 2 = Deficit visivi e uditivi</p> <p>Numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso (una sola opzione) 0 = Nessuno negli ultimi 3 mesi 1 = Uno negli ultimi 3 mesi 2 = Due negli ultimi 3 mesi 3 = Più di due negli ultimi 3 mesi</p> <p>Numero di problemi clinici attivi (una sola opzione) 0 = Tre problemi clinici 1 = Da tre a cinque problemi clinici 2 = Più di cinque problemi clinici</p> <p>Numero di farmaci assunti (una sola opzione) 0 = Meno di tre farmaci 1 = Da tre a cinque farmaci 2 = Più di cinque farmaci</p> <p>PUNTEGGIO TOTALE _____</p>
<p style="text-align: center;">Punteggio</p> <p style="text-align: center;">0-10 rischio basso</p> <p style="text-align: center;">11-19 rischio medio</p> <p style="text-align: center;">maggiore o uguale a 20 alto rischio</p>	<p>Indice di rischio</p> <p>Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata.</p> <p>Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione.</p> <p>Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni</p>

_____/____/____

L'INFERMIERE RESPONSABILE

VISTO: IL MEDICO DEL REPARTO



PRESIDIO OSPEDALIERO DI _____ - REPARTO _____
TEL: ____/____/____ - FAX ____/____/____ - E-MAIL _____

NUCLEO OSPEDALIERO DI CONTINUITÀ DELLE CURE
di _____

Al NUCLEO DISTRETTUALE
DI CONTINUITÀ DELLE CURE
di _____

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI CONTINUITÀ DELLE CURE

Compilata a cura del reparto ospedaliero e del NOCC (Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure) per il suo successivo invio al NDCC (Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure) per la parte di competenza.

**SCHEDA RIASSUNTIVA DEI BISOGNI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
UTILIZZATA ESCLUSIVAMENTE PER I PAZIENTI CON INDICE DI BRASS SUPERIORE A 10**

cognome _____ nome _____
nato il ____/____/____ a _____ C.F. _____
residente a _____ in via _____ n. _____
domiciliato a _____ in via _____ n. _____
medico di medicina generale di fiducia: dott. _____ n. tel. _____

RICOVERATO PRESSO IL REPARTO DI: _____ **DAL:** ____/____/____

PROVENIENTE DA : CASA LAVORO ALTRO OSPEDALE RSA ALTRA REGIONE CON 118

APR: _____

APP: _____

INDICE DI BRASS: _____

PROFILO DI AUTONOMIA SECONDO INDICE DI BARTHEL MODIFICATO

	A Totale incapacità a compiere azioni (anche con aiuto)	B Necessità di aiuto importante (completa incapacità senza aiuto)	C Richiede aiuto moderato (per portare a termine il compito)	D Richiede aiuto minimo e supervisione passiva	E Totale indipendenza	Valutazione prima dell'attuale ricovero
Igiene personale	0	1	3	4	5	
Fare il bagno	0	1	3	4	5	
Mangiare	0	2	5	8	10	
Usare il WC	0	2	5	8	10	
Fare le scale	0	2	5	8	10	
Vestirsi	0	2	5	8	10	
Controllo urine	0	2	5	8	10	
Controllo alvo	0	2	5	8	10	
Camminare	0	3	8	12	15	
Trasferimenti	0	3	8	12	15	
Carrozzina *	0	1	3	4	5	
Totale(0/100)						

*compilare solo se incapace di camminare

➤ La tabella seguente indica i livelli di dipendenza con i relativi carichi assistenziali

Categorie	Punteggi totali indice Barthel modificato	Livello di dipendenza
1	0-24	TOTALE
2	25-49	SEVERA
3	50-74	MODERATA
4	75-90	LIEVE
5	91-99	MINIMA

CONDIZIONI DI VITA/SUPPORTO SOCIALE

➤ **COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE:**

(indicare se sono presenti minori/persone disabili/persone con problemi comportamentali)

➤ **PERSONA INDICATA COME CAREGIVER** (che si potrà prendere cura della persona assistita al rientro a domicilio)

Figlio/a:	Tel:	per ore
Coniuge:	Tel:	per ore
Badante (già assunta)	Tel:	per ore
Altre figure	Tel:	Per ore

<p>➤ CONDIZIONE LAVORATIVA:</p> <p><input type="checkbox"/> In pensione</p> <p><input type="checkbox"/> Inabilità lavorativa/disoccupato</p> <p><input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente</p> <p><input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo</p> <p><input type="checkbox"/> Studente</p>	<p>➤ STATI DI DIPENDENZA DA SOSTANZE</p> <p><input type="checkbox"/> Nessuna dipendenza</p> <p><input type="checkbox"/> Seguito dal SERT/CAT per :</p> <p><input type="checkbox"/> Non seguito al SERT/CAT ma in stato di dipendenza da:</p>
<p>➤ SITUAZIONE ABITATIVA CRITICA</p> <p><input type="checkbox"/> Soggetto senza fissa dimora/ straniero senza permesso di soggiorno</p> <p><input type="checkbox"/> Sfratto in corso</p> <p><input type="checkbox"/> Domiciliato in alloggio affollato e/o con barriere architettoniche</p> <p><input type="checkbox"/> Residente in comunità</p> <p><input type="checkbox"/> Residente in altro comune/provincia/regione</p>	<p>➤ DIRITTI PREVIDENZIALI</p> <p><input type="checkbox"/> Invalidità civile accertata</p> <p><input type="checkbox"/> Invalidità civile richiesta</p> <p><input type="checkbox"/> Invalidità civile da richiedere</p> <p><input type="checkbox"/> Unità Valutativa Multidimensionale eseguita</p> <p><input type="checkbox"/> UVM richiesta ma ancora da eseguire</p> <p><input type="checkbox"/> UVM mai richiesta</p>

Prima ipotesi di piano di dimissione da attivare durante la degenza

- Dimissione ordinaria
- Educazione-istruzione del paziente e della famiglia/badante
- Attivazione di un percorso di continuità terapeutica e assistenziale per paziente cronico presso la Casa della Salute
- Segnalazione al PUA per attivazione dei servizi CSM, SERD, ecc.
- Segnalazione al PUA per attivazione percorso di semi-residenzialità/residenzialità
- Attivazione dell'ADI - Assistenza Domiciliare Integrata
- Attivazione del servizio di Cure Palliative
- Ricovero in posti di continuità assistenziale CAVS
- Ricovero in posti di HOSPICE
- Ricovero in strutture di post-acuzie riabilitative private accreditate e convenzionate

_____ / ____ / _____

Firma e timbro del Medico del NOCC



DISTRETTO DI _____
TEL. ____/____/____ - FAX ____/____/____ - E-MAIL _____

AI NUCLEO OSPEDALIERO
DI CONTINUITÀ DELLE CURE
di _____

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI CONTINUITÀ DELLE CURE

Compilata a cura del Distretto. A compilazione avvenuta la scheda è restituita al NOCC (Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure) che provvederà a metterla a disposizione del reparto presso il quale è ricoverato il paziente.

NOTIZIE DAL MMG

- insorgenza di nuova patologia _____
- riacutizzazione di patologia cronica _____
- in fase avanzata di malattia _____
- utente dimesso dal presidio ospedaliero di _____ che ritorna in DEA dopo 7-15 gg di permanenza a domicilio per:
 - riacutizzazione di patologia _____
 - insorgenza di nuova patologia _____

NOTIZIE DAL SERVIZIO SOCIALE

- in carico al servizio sociale territoriale di _____

UTENTE IN CARICO AI SERVIZI DISTRETTUALI

- Casa della Salute di _____ con PDTA _____
- U.O. di Cure Domiciliari di _____
 - ADI
 - SID
 - ADP
- Con PAI per lungo-assistenza domiciliare
- In RSA ANZIANI / RAF DISABILI

_____, ____/____/____

Firma e timbro del Medico del NDCC

PRESIDIO OSPEDALIERO DI _____ - REPARTO _____
 TEL. ____/____/____ - FAX ____/____/____ - E-MAIL _____

 NUCLEO OSPEDALIERO
 DI CONTINUITÀ DELLE CURE
 DI _____

 NUCLEO DISTRETTUALE
 DI CONTINUITÀ DELLE CURE
 DI _____

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI CONTINUITÀ DELLE CURE

Compilata a cura del Reparto in collaborazione con il NOCC (Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure) e il NDCC (Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure).

cognome _____ nome _____

nato il ____/____/____ a _____ C.F. _____

residente a _____ in via _____ n. _____

medico di medicina generale di fiducia: dott. _____ n. tel. _____

PROFILO DI AUTONOMIA SECONDO INDICE DI BARTHEL MODIFICATO

	A Totale incapacità a compiere azioni (anche con aiuto)	B Necessità di aiuto importante (completa incapacità senza aiuto)	C Richiede aiuto moderato (per portare a termine il compito)	D Richiede aiuto minimo e supervisione passiva	E Totale indipendenza	Valutazione prima dell'attuale ricovero
Igiene personale	0	1	3	4	5	
Fare il bagno	0	1	3	4	5	
Mangiare	0	2	5	8	10	
Usare il WC	0	2	5	8	10	
Fare le scale	0	2	5	8	10	
Vestirsi	0	2	5	8	10	
Controllo urine	0	2	5	8	10	
Controllo alvo	0	2	5	8	10	
Camminare	0	3	8	12	15	
Trasferimenti	0	3	8	12	15	
Carrozzina *	0	1	3	4	5	
Totale(0/100)						

*compilare solo se incapace di camminare

> La tabella seguente indica i livelli di dipendenza con i relativi carichi assistenziali

Categorie	Punteggi totali indice Barthel modificato	Livello di dipendenza
1	0-24	TOTALE
2	25-49	SEVERA
3	50-74	MODERATA
4	75-90	LIEVE
5	91-99	MINIMA

KARNOSKY	ECOG	DESCRIZIONE
100	0	Capace di condurre una normale attività e una normale vita di relazione, senza alcuna restrizione
90		
80	1	Capace di condurre una attività lavorativa leggera, in grado di affrontare cure ambulatoriali
70		
60	2	Incapace di compiere una attività lavorativa, capace di accudire a se stesso e di affrontare cure ambulatoriali, in riposo assoluto per meno del 50% delle ore diurne
50		
40	3	Limitato nell'accudire alla propria persona, costretto al letto per più del 50% delle ore diurne
30		
20	4	Totalmente costretto al letto, incapace di accudire a se stesso, necessita di continua assistenza.
10		

RICOVERATO PRESSO S.C. _____ DAL ___/___/___

CON DIAGNOSI MEDICA _____

SINTESI CLINICA _____

-

TERAPIA DA PROSEGUIRE ALLA DIMISSIONE

- _____
- _____
- _____
- _____

Medico di riferimento _____ tel _____

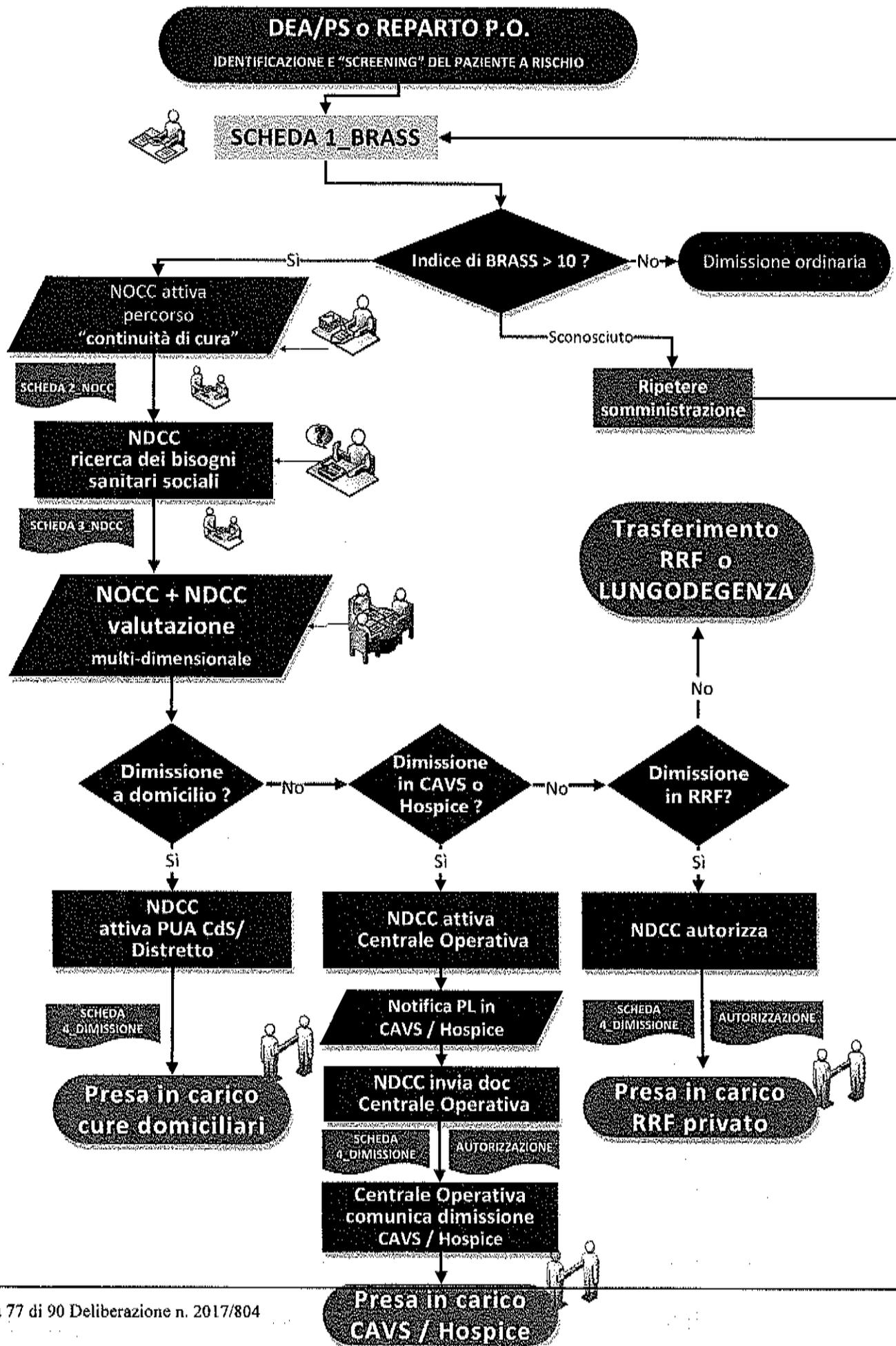
Piano di dimissione
<input type="checkbox"/> Dimissione ordinaria
<input type="checkbox"/> Educazione-istruzione del paziente e della famiglia/badante
<input type="checkbox"/> Attivazione di un percorso di continuità terapeutica e assistenziale per paziente cronico presso la Casa della Salute
<input type="checkbox"/> Segnalazione al PUA per attivazione dei servizi CSM, SERD, ecc.
<input type="checkbox"/> Segnalazione al PUA per attivazione percorso di semi-residenzialità/residenzialità
<input type="checkbox"/> Attivazione dell'ADI - Assistenza Domiciliare Integrata
<input type="checkbox"/> Attivazione del servizio di Cure Palliative
<input type="checkbox"/> Ricovero in posti di continuità assistenziale CAVS
<input type="checkbox"/> Ricovero in posti di HOSPICE
<input type="checkbox"/> Ricovero in strutture di post-acuzie riabilitative private accreditate e convenzionate

_____ / _____ / _____

Firma e timbro del Medico del NOCC

Firma e timbro del Medico del NDCC

Diagramma di flusso continuità di cura



Schema-riepilogativo del Regolamento di Funzionamento, organizzativo ed operativo della Casa della Salute

Premessa metodologica. Il presente schema deve essere compilato dall'ASL/Distretti con riferimento ad ogni Casa della Salute presente sul proprio territorio: sia quelle di nuova attivazione, sia quelle già esistenti e potenziate nell'ambito della sperimentazione avviata con la D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016. La compilazione deve essere effettuata sul presente foglio excel, senza modificarne l'impostazione e riportando in ogni colonna i dati di ciascuna CS presente sul territorio di ogni Distretto, ferma restando ovviamente l'opportunità di dettagliare le specificità di funzionamento della CS in un apposito allegato facente parte integrante del presente schema di riepilogo. Il presente schema viene compilato per il 2017, in fase di avvio della sperimentazione e verrà annualmente

ASLAL		Distretto Casale Monferrato	Distretto Novi L. / Tortona	Distretto Novi / Tortona	Distretto Alessandria/Valenza
Case della Salute (CS)	Moncalvo	Arquata Scrivia	Castelnuovo Scrivik	Castellazzo Bormida	
Data attivazione					
Data di avvio potenziamento (per le CS già esistenti) (1)	03/04/2017	03/04/2017	03/04/2017	03/04/2017	03/04/2017
Ubicazione	Moncalvo Via Giovanni Goria, 9	Arquata Scrivia via Libarna, 267	Castelnuovo Scrivia Piazza Vittorio Veneto, 15	Castellazzo Bormida via San Giovanni Bosco	
Proprietà della struttura: ASL (1)	SI	SI	SI	NO	
Proprietà della struttura: Ente locale (1)	NO	NO	NO	SI	
Proprietà della struttura: privato o altro				Comune di Castellazzo	
Arredi e attrezzature sanitarie messi a disposizione dall'ASL (1)	SI	SI	SI	SI	
Se NO specificare l'Ente/soggetto a cui fa capo la proprietà degli arredi e attrezzature					
Ambito territoriale di riferimento (2)	Moncalvo, Alfiano Natta, Castelletto Mieri, Cereseto, Odalengo Piccolo, Ponzano Monferrato, Serralunga di Crea	Albera Ligure, Arquata Scrivia, Borghetto Borbera, Cabella, Cantalupo Ligure, Carrega Ligure, Grondona, Mongiardino Ligure, Roccaforte Ligure, Vignole Borbera, Bosio, Cairrosio, Fronaltono, Gavi, Parodi Ligure, San Cristoforo, Maltavalle	Alluvioni Cambiò, Aizano Scrivia, Castelnuovo Scrivia, Guazzora, Isola San'Antonio, Molino Dei Torti, Pontecurone, Sale	Castellazzo Bormida, Prediosa, Sezzadio, Castelspina, Casal Cermelli, Frascaro, Borghetto, Gamalero, Bosco Marengo, Frugarolo	
Bacino d'utenza attuale	6.056	19.583	14.796	16.000	
Bacino d'utenza potenziale	10.000				
Orari di funzionamenti (3)	da lunedì ai venerdì dalle 08,00 alle 17,30	da lunedì ai venerdì dalle 08,00 alle 17,30	da lunedì ai venerdì dalle 08,00 alle 17,30	da lunedì ai venerdì dalle 07,30 alle 17,30	
Accesso diretto (1)	SI	SI	SI	SI	
Accesso solo su prenotazione (1)	NO	NO	NO	NO	
Accesso su prenotazione solo per visite diagnostiche/specialistiche e PDTA (1)	SI	SI	SI	SI	
C.A. (ex G.M.) presente nella CS (1)	NO	SI	SI	NO	
C.A. (ex G.M.) in prossimità della CS (1)	NO	NO	NO	SI (presso Rsa)	
Sezione 1: Modello organizzativo (4)					
Modello strutturale	Modello multiprofessionale strutturale	Modello multiprofessionale strutturale	Modello multiprofessionale strutturale	Modello multiprofessionale strutturale	Modello multiprofessionale strutturale

Modello strutturale-funzionale									
Modello funzionale									
Modalità di coordinamento funzionale della CS (descrivere in forma sintetica nelle celle sottostanti):									
con le forme associative MMG/PDLS sul territorio									
con i MMG di scelta del paziente									
con le strutture specialistiche ospedaliere e territoriali dell'ASL									
con le strutture specialistiche delle AO/AOU di riferimento territoriale									
con il Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (NDCC)									
Modalità di coordinamento operativo fra assistenza primaria e C.A. (ex G.M.)									
Sezione 2: Attività erogate									
Accoglienza, informazione, prima valutazione del bisogno, orientamento ai servizi (1)	SI								
Prestazioni amministrative e di supporto (1)	SI								
Sede/Punto CUP sede nella CS (1)	SI								
Modalità di registrazione dell'accesso	Cartacea/Informatica								
Modalità di attivazione dei percorsi per le cronicità (5,6)	Elaborazione di un modello organizzativo per la segnalazione (da parte del MMG e NDCC) e presa in carico del paziente, che preveda la gestione integrata e multidisciplinare, l'utilizzo di un PDTA, l'infrastruttura informativa di supporto	Elaborazione di un modello organizzativo per la segnalazione (da parte del MMG e NDCC) e presa in carico del paziente, che preveda la gestione integrata e multidisciplinare, l'utilizzo di un PDTA, l'infrastruttura informativa di supporto	Elaborazione di un modello organizzativo per la segnalazione (da parte del MMG e NDCC) e presa in carico del paziente, che preveda la gestione integrata e multidisciplinare, l'utilizzo di un PDTA, l'infrastruttura informativa di supporto	Elaborazione di un modello organizzativo per la segnalazione (da parte del MMG e NDCC) e presa in carico del paziente, che preveda la gestione integrata e multidisciplinare, l'utilizzo di un PDTA, l'infrastruttura informativa di supporto	Elaborazione di un modello organizzativo per la segnalazione (da parte del MMG e NDCC) e presa in carico del paziente, che preveda la gestione integrata e multidisciplinare, l'utilizzo di un PDTA, l'infrastruttura informativa di supporto	Elaborazione di un modello organizzativo per la segnalazione (da parte del MMG e NDCC) e presa in carico del paziente, che preveda la gestione integrata e multidisciplinare, l'utilizzo di un PDTA, l'infrastruttura informativa di supporto	Elaborazione di un modello organizzativo per la segnalazione (da parte del MMG e NDCC) e presa in carico del paziente, che preveda la gestione integrata e multidisciplinare, l'utilizzo di un PDTA, l'infrastruttura informativa di supporto	Elaborazione di un modello organizzativo per la segnalazione (da parte del MMG e NDCC) e presa in carico del paziente, che preveda la gestione integrata e multidisciplinare, l'utilizzo di un PDTA, l'infrastruttura informativa di supporto	Elaborazione di un modello organizzativo per la segnalazione (da parte del MMG e NDCC) e presa in carico del paziente, che preveda la gestione integrata e multidisciplinare, l'utilizzo di un PDTA, l'infrastruttura informativa di supporto
Modalità di gestione/sviluppo dei percorsi per le cronicità (5,6)	NO								
Assistenza primaria: MMG (1)	SI								
Assistenza primaria: PDLS (1)	SI								
Ambulatorio infermieristico (1)	NO								
Infermiere di famiglia/comunità (1)	NO								
N. P. L. di osservazione breve (7)	SI								
Presenza Sportello Unico Socio-Sanitario (1)	SI								
Servizi socio-assistenziali presenti in sede CS (1)	SI								
Punto Unico di Accesso (PUA) (1)	NO								
Postazione 118 presente in struttura (1)	NO								
Data di sottoscrizione protocollo operativo con									
INCARICATI 2017/18									
Sezione 3: risorse umane /equipe CS									

1. Cure primarie									
N. Medici di medicina generale operanti nella CS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	4
Coincidenti con una o più forme associative già esistenti (1)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
Se SI specificare la tipologia (gruppo, associazione, rete, E.T.)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gruppo
N. MMG collegati in rete funzionale con la CS (operanti nei propri studi sul territorio distrettuale)	5	16	12	10					
Coincidenti con una o più forme associative già esistenti (1)	SI	SI	SI	SI					SI
Se SI specificare: il numero e la tipologia (es. 1 gruppo, 2 associazioni, 1 rete, 1 E.T.)	1 gruppo	2 gruppo, 1 assoc	1 gruppo, 1 rete, 1 associazione	1 gruppo, 1 rete, 1 ET					
N. Pediatri di libera scelta operanti nella CS	1	0	0	1					
Coincidenti con una o più forme associative già esistenti (1)	NO	NO	NO	NO					NO
Se SI specificare la tipologia (gruppo, associazione, rete, AFT)									
N. PDS collegati in rete funzionale con la CS (operanti nei propri studi operanti sul territorio distrettuale)	0	2	1	0					
Coincidenti con una o più forme associative già esistenti (1)	NO	NO	NO	NO					NO
Se SI specificare: il numero e la tipologia (es. 1 gruppo, 2 associazioni, 1 rete, 1 ET/AFT)									
2. Personale infermieristico									
N. Infermieri ASI	5,00	12,00	6,00	4					
di cui N. dipendenti SSR (t./t.d.)	5 (t.i.)	12 (t.i.)	6 (t.i.)	4 (t.i.)					
di cui N. operatori con rapporto di lavoro non strutturato									
Infermieri ASL - TOT. ore/sett. svolte nella CS	165	410	198	140					
di cui N. ore/sett. dipendenti SSR (t./t.d.)	165	410	198	140					
di cui N. ore/sett. rapporto di lavoro non strutturato									
N. Infermieri gruppo MMG/PDS									
Infermieri Gruppo medici - TOT. ore/sett. svolte nella CS									
3. Assistenza specialistica									
N. medici specialisti	8	9	9	4					
di cui N. medici dipendenti SSR (t./t.d.)	5	5	5	1					
di cui N. medici convenzionati-SSR (specialisti ambulatoriali)	3	4	4	3					
di cui N. medici rapporto libero professionale o comunque non strutturato									

Medici specialisti - TOT. ore/sett. svolte nella di cui n. ore dipendenti SSR (t.i./t.d.)	21	60	50	16,5
di cui n. ore convenzionati SSR (specialisti ambulatoriali)	11	40	24	10
di cui N. ore rapporto libero professionale o comunque non strutturato	10	20	26	6,5
4. Personale sanitario dirigente non medico (8)				
N. dirigenti	0	0	0	0
Figure professionali	0			
di cui N. dipendenti SSR (t.i./t.d.)				
di cui N. operatori a rapporto libero professionale o comunque non strutturato				
Dirigenti sanitari non medici - TOT. ore/sett. svolte nella CS				
di cui N. ore/sett. dipendenti ASL				
di cui N. ore/sett. rapporto libero professionale o comunque non strutturato				
5. Personale sanitario non dirigente (8)				
N. operatori	1	4	1	1
Figure professionali	Ostetrica	Fisioterapista, Ostetrica, Logopedista	Ostetrica	Ostetrica
di cui N. dipendenti SSR (t.i./t.d.)	1	4	2	1
di cui N. operatori con rapporto di lavoro non strutturato				
Operatori sanitari non dirigenti - TOT. ore/sett. svolte nella CS	11	140	8	8
di cui N. ore/sett. dipendenti SSR (t.i./t.d.)	11	140	8	8
di cui N. ore/sett. rapporto di lavoro non strutturato				
6. Personale area professionale e tecnica (dirigente e non)				
N. operatori				
Figure professionali				
di cui N. dipendenti SSR (t.i./t.d.)				
di cui N. operatori con rapporto di lavoro l.p./non strutturato				
di cui N. operatori EE.II.				
Operatori area profile e tecnica - TOT. ore/sett. svolte nella CS				
di cui N. ore/sett. dipendenti SSR (t.i./t.d.)				
di cui N. ore/sett. rapporto di lavoro l.p./non strutturato				
di cui N. ore/sett. operatori EC-II.				
7. Personale amministrativo				
N. amministrativi SSR	1	5	2	1
Amministrativi SSR - TOT. ore/sett. svolte nella	30	140	36	3

N. amministrativi gruppo MMG/PDLS	0	0	0	1
Amministrativi gruppo medici - TOT. ore/sett. svolte nella CS	0	0	0	36
Modalità di coordinamento della CS (5)				
Ruolo svolto dal Direttore di Distretto	Funzione di coordinamento/monitoraggio	Funzione di coordinamento/monitoraggio	Funzione di coordinamento/monitoraggio	Funzione di coordinamento/monitoraggio
Quota parte del tempo annuo dedicato	10%	5%	5%	10%
N. Medici del Distretto operanti nella CS	1	2	2	1
N. ore settimanali Medici del Distretto	20	40	40	5
Altre modalità di coordinamento sanitario della struttura (5-9)	Individuazione di un infermiere con funzione di gestione dei processi	Individuazione di un infermiere con funzione di gestione dei processi	Individuazione di un infermiere con funzione di gestione dei processi	Individuazione di un infermiere con funzione di gestione
Sezione 4: Strumenti di gestione per scambio informazioni/comunicazione trasversale (5)				
Strumenti informatici/telematici per lo scambio di informazioni all'interno della CS	Sistema informatico aziendale	Sistema informatico aziendale	Sistema informatico aziendale	Sistema informatico aziendale
Strumenti informatici/telematici per il collegamento fra la CS e la rete informatica aziendale; riferita ai seguenti livelli:				
Distretto	Sistema informatico aziendale	Sistema informatico aziendale	Sistema informatico aziendale	Sistema informatico aziendale
Ospedale	Sistema informatico aziendale	Sistema informatico aziendale	Sistema informatico aziendale	Sistema informatico aziendale
Aree diagnostiche (teleferitazione) DEA-Servizio EMERGENZA-URGENZA	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Strumenti informatici/telematici per il collegamento fra la CS e la rete MMG/PDLS	NO	NO	NO	NO
Progetti di telemedicina in corso:				
Teleassistenza domiciliare (1)	NO	NO	NO	NO
Teleconsulto tra professionisti (1)	NO	NO	NO	NO
Altro				
Strumenti di gestione per debiti informativi e rendicontazione attività	Sistema informatico aziendale	Sistema informatico aziendale	Sistema informatico aziendale	Sistema informatico aziendale
Modalità di registrazione accessi alla CS	cartaceo e informatizzato	cartaceo e informatizzato	cartaceo e informatizzato	cartaceo e informatizzato
Modalità di compilazione e gestione della cartella clinica	cartaceo e informatizzato	cartaceo e informatizzato	cartaceo e informatizzato	cartaceo e informatizzato
Modalità di alimentazione dei flussi informativi	Informatizzato	Informatizzato	Informatizzato	Informatizzato

Strumenti di informazione/comunicazione con l'utenza	Sito internet ASL AL, Momenti di incontro periodici, Materiale informativo	Sito internet ASL AL, Momenti di incontro periodici, Materiale informativo	Sito internet ASL AL, Momenti di incontro periodici, Materiale informativo	Sito internet ASL AL, Momenti di incontro periodici, Materiale informativo	Sito internet ASL AL, Momenti di incontro periodici, Materiale informativo
Strumenti per comunicazione e coinvolgimento del volontariato e delle risorse della Comunità Locale	Momenti di incontro periodici, Materiale informativo	Momenti di incontro periodici, Materiale informativo	Momenti di incontro periodici, Materiale informativo	Momenti di incontro periodici, Materiale informativo	Momenti di incontro periodici, Materiale informativo
Sezione 5: Croprogramma per avvio/sviluppo CS nel triennio 2017-2019 (11)					
Sintesi azioni previste anno 2017					
di cui entro luglio	Piano attività, Programmazione acquisti	Piano attività, Programmazione acquisti	Piano attività, Programmazione acquisti	Piano attività, Programmazione acquisti	Piano attività, Programmazione acquisti
di cui entro ottobre	Attivazione Casa della Salute Acquisto arredi e strumentazione, implementazione personale	Attivazione medicina d'iniziativa	Attivazione medicina d'iniziativa	Attivazione medicina d'iniziativa, Affidamento progettazione	Attivazione casa della salute, acquisto arredi/strumentazioni, implementazione personale,
di cui entro dicembre	Implementazione personale Definizione e avvio PDTA	Definizione e avvio PDTA	Definizione e avvio PDTA	Definizione e avvio PDTA, progettazione esecutiva	Definizione e avvio PDTA
Sintesi azioni previste anno 2018					
di cui entro 1° semestre	Implementazione medicina d'iniziativa Messa a regime sistema informatico	Messa a regime sistema informatico	Messa a regime sistema informatico	Messa a regime sistema informatico, inizio lavori	Messa a regime sistema informatico, implementazione medicina di iniziativa
e di cui entro 2° semestre	PROGETTAZIONE DI UN SISTEMA AZIENDALE CHE CONSENTA DI REGISTRARE I DATI RELATIVI AGLI ACCESSI, ALLE ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA, E AI PDTA EROGATI, AVVIO DEL PROTOCOLLO DI GESTIONE PER GLI ACCESSI VENTOSI CENTRALI E PERIFERICI				
Sintesi azioni previste anno 2019					
di cui entro 1° semestre	SPERIMENTAZIONE DEL SISTEMA AZIENDALE				
e di cui entro 2° semestre	MONITORAGGIO DELLE AZIONI SVOLTE E VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELLA SPERIMENTAZIONE	MONITORAGGIO DELLE AZIONI SVOLTE E VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELLA SPERIMENTAZIONE	MONITORAGGIO DELLE AZIONI SVOLTE E VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELLA SPERIMENTAZIONE	AVVIO INTERVENTO EDILIZIO, MONITORAGGIO DELLE AZIONI SVOLTE E VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELLA SPERIMENTAZIONE	MONITORAGGIO DELLE AZIONI SVOLTE E VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELLA SPERIMENTAZIONE

NOTE per la compilazione

Le righe evidenziate in grigio scuro e sottolineate non devono essere compilate

(1) Indicare SI o NO

- {2} Indicare l'ambito distrettuale, il sub-distretto oppure, se inferiore, elencare i Comuni nell'Allegato B1. Se invariato rispetto all'elenco già indicato nel progetto iniziale, riportare: **VEDI PROGETTO, pag. ...**
- {3} Indicare gli orari di apertura nei giorni feriali, festivi e pre-festivi
- {4} Vedere le definizioni riportate nell'Allegato A e inserire Sì nella cella corrispondente al modello della CS progettata
- {5} Qualora le informazioni richieste nella presente sezione/vote siano già contenute totalmente o parzialmente nel progetto iniziale, indicare: **VEDI PROGETTO, pag.** e riportare qui solo le informazioni mancanti nelle celle corrispondenti.
- {6} Descrivere sinteticamente le modalità operative oppure allegare apposito documento illustrativo di ciascun POTA attivato nella CS. Es. le modalità previste dalla D.G.R. n. 40- 9920 del 27.10.2008 e s.m.i. per l' "arruolamento" e la gestione dei pazienti nella Gestione Integrata del
- {7} L'Ospedale di Comunità, pur essendo collegato ad una CS, deve essere appositamente descritto in un'apposita colonna
- {8} Ad esclusione degli infermieri, già riportati
- {9} Coordinamento area medica, infermieristica, ecc.
- {10} Flusso C per la specialistica; flusso F per i farmaci; flusso per l'integrativa e la protesica; flusso SIAD per le cure domiciliari, ecc

Allegato B1

Schema-riepilogativo del Regolamento di Funzionamento organizzativo ed operativo della Casa della Salute
Foglio Elenchi

Premessa metodologica. Il presente schema è un appendice dell'Allegato B e lo integra per le voci che necessitano di una risposta con elenco di attività, personale, ecc. Per ogni voce inserire un numero di righe corrispondenti alle attività/informazioni da elencare. Qualora le informazioni richieste per ogni voce siano già contenute totalmente o parzialmente nel progetto iniziale, indicare: **VEDI PROGETTO, pag.....** e riportare qui solo le informazioni mancanti nelle celle corrispondenti.

ASL AL	Distretto Casale Monferrato	Distretto Novi L./Tortona	Distretto Novi/Tortona	Distretto
Case della Salute (CS)	Moncalvo	Arquata Scrivia	Castelnuovo Scrivia	Alessandria/Valenza
Ubicazione	Moncalvo Giovanni Gorla, 9 Via	Arquata Scrivia Libarna, 267	Castelnuovo Scrivia Piazza Vittorio Veneto 15	Castellazzo Bormida Castellazzo Bormida Via San Giovanni Bosco 2
Ambito territoriale (1)	Moncalvo, Alfiano Natta, Castelletto Merli, Cereseto, Odalengo Piccolo, Ponzano Monferrato, Serralunga di Crea	Albera Ligure, Arquata Scrivia, Borghetto Borbera, Cabella, Cantalupo Ligure, Carrega Ligure, Grondona, Mongiardino Ligure, Roccaforte Ligure, Vignole Borbera, Bosio, Carrosio, Fraconalto, Gavi, Parodi Ligure, San Cristoforo, Voltaggio	Alluvioni Cambiò, Alzano Scrivia, Castelnuovo Scrivia, Guazzora, Isola Sant'Antonio, Molino Dei Torti, Pontecurone, Sale	Castellazzo Bormida, Predosa, Sezzadio, Castelspina, Casal Cermelli, Frascaro, Borghetto, Gamalero, Bosco Marengo, Frugarolo
PD/TA erogati	Diabete	diabete	diabete	Diabete

Branche specialistiche trattate	Cardiologia, Ginecologia/Ostetricia, Pneumologia, Dermatologia, Odontoiatria, Oculistica, Chirurgia, Diabetologia, Oncologia, ORL	Cardiologia, Dermatologia, Diabetologia, Fisiatria, Ginecologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Odontoiatria.	Cardiologia, Chirurgia, Dermatologia, Ginecologia, Neurologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Diabetologia.	Cardiologia, Ginecologia/Ostetricia,
Attività di laboratorio	Prelievi	Prelievi	Prelievi	Prelievi
Attività diagnostiche radiologiche	No	No	No	No
Altre attività diagnostiche	ECG, spirometria	ECG, spirometria	ECG, spirometria	ECG, spirometria

<p>Attività socio-sanitarie distrettuali (2)</p>	<p>Ambulatorio di: Cardiologia, Ginecologia/Ostetricia, Pneumologia, Dermatologia, Odontoiatria, Oculistica, Chirurgia, Diabetologia, Oncologia, ORL; Ambulatorio Infermieristico (Prelievi ematici, medicazioni); Dipartimento di Prevenzione - Ambulatorio Vaccinazioni; Esenzioni- scelta e revoca Medico; PLS; Cure Domiciliari</p>	<p>Ambulatorio di Cardiologia; Ambulatorio di Dermatologia; Ambulatorio di Diabetologia; Ambulatorio di Fisioterapia; Ambulatorio di Ginecologia; Ambulatorio di Oculistica; Ambulatorio di ORL; Ambulatorio odontoiatrico/ortodonzia pediatrica; Ambulatorio Infermieristico (Prelievi ematici, medicazioni); Dipartimento di Prevenzione - Ambulatorio Vaccinazioni; Esenzioni- scelta e revoca Medico Assistenza Primaria/PLS; Rilascio certificazioni sanitaria e rinnovo Patente; Cure Domiciliari articolate in ADI, ADP, SID, PIE, Infermiera di Famiglia e di Comunità (IFeC)</p>	<p>Ambulatorio di Cardiologia; Ambulatorio di Chirurgia; Ambulatorio di Dermatologia; Ambulatorio di Ginecologia; Ambulatorio di Neurologia; Ambulatorio di Oculistica, Ambulatorio di ORL, Ambulatorio di Diabetologia; Ambulatorio Infermieristico (Prelievi ematici, medicazioni); Dipartimento di Prevenzione - Ambulatorio Vaccinazioni; Esenzioni- scelta e revoca Medico Assistenza Primaria/PLS; Rilascio certificazioni sanitaria e rinnovo Patente; Cure Domiciliari articolate in ADI, ADP, SID, PIE, Infermiera di Famiglia e di Comunità (IFeC);</p>	<p>Ambulatorio di Cardiologia (visite specialistiche, E.C.G. con accesso diretto, Holter Pressorio); Ambulatorio di Ginecologia; Ambulatorio Infermieristico (Prelievi ematici, medicazioni); Dipartimento di Prevenzione - Ambulatorio Vaccinazioni; Esenzioni- scelta e revoca Medico Assistenza Primaria/PLS; Rilascio certificazioni sanitaria e rinnovo Patente; Cure Domiciliari articolate in ADI, ADP, SID, PIE, Infermiera di</p>
<p>Attività socio-sanitarie dipartimentali (3)</p>				

Attività di prevenzione e promozione della salute svolte in collaborazione con il DP	L'attività di promozione e prevenzione viene effettuata principalmente attraverso l'ambulatorio vaccinazioni e il servizio di screening ginecologico; Si intende implementare l'attività di promozione della salute attraverso la figura professionale dell'infermiere di Famiglia che si configura case manager nella gestione del percorso di pazienti fragili con patologie croniche.	L'attività di promozione e prevenzione viene effettuata principalmente attraverso la figura professionale dell'infermiere di Famiglia che si configura case manager nella gestione del percorso di pazienti fragili con patologie croniche. È inoltre presente l'Ambulatorio Vaccinazioni e il servizio di Prevenzione Serena.	L'attività di promozione e prevenzione viene effettuata principalmente attraverso la figura professionale dell'infermiere di Famiglia che si configura case manager nella gestione del percorso di pazienti fragili con patologie croniche. È inoltre presente l'Ambulatorio Vaccinazioni e il servizio di Prevenzione Serena.	L'attività di promozione e prevenzione viene effettuata principalmente attraverso la figura professionale dell'infermiere di Famiglia che si configura case manager nella gestione del percorso di pazienti fragili con patologie croniche. È inoltre presente l'Ambulatorio Vaccinazioni e il servizio
Medici di medicina generale operanti nella CS (4)				N.4 MMG Codici Regionali: 061481J - 060535S - 061218D - 060026S
MMG collegati in rete funzionale con la CS (operanti nei propri studi allocati sul territorio distrettuale) (4)	5	16	12	
Pediatrici di libera scelta operanti nella CS (4)	N.1 PLS Codice Regionale: 022175P			N.1 PLS Codice Regionale:
N. PELS collegati in rete funzionale con la CS (operanti nei propri studi con sede sul territorio distrettuale) (4)		2	1	

NOTE per la compilazione

- (1) Elencare i Comunisolo nel caso in cui l'ambito territoriale sia inferiore al Distretto.
- (2) Elencare le attività erogate e gestite direttamente dal Distretto
- (3) Elencare le attività erogate nella CS e facenti capo a strutture territoriali diverse dal Distretto (es. DSM, SERD, DIMI, ecc.)
- (4) Elencare i rispettivi codici regionali

Deliberazione del Direttore Generale
n. 2017/804

Letto, approvato e sottoscritto.

Parere favorevole del DIRETTORE AMMINISTRATIVO

dr. Valter Alpe

(Firmato in originale)

Parere favorevole del DIRETTORE SANITARIO

dr.ssa Elide Azzan

(Firmato in originale)

IL DIRETTORE GENERALE

dr. Gilberto Gentili

(Firmato in originale)