AZIENDA SANITARIA LOCALE AL
Sede legale: Via Venezia 6
15121 Alessandria
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

Deliberazione del Direttore Generale n. 2015/891 del 23/12/2015

OGGETTO: **Delibera di adozione del Programma delle attività territoriali distrettuali (PAT)**

PARERI DELLA S.O. PROPONENTE EX ART. 4, 1° COMMA, L. 7.8.1990 N. 241

S.O. **SOC Controllo di gestione**

il Responsabile del Procedimento
artt. 5 – 6 L. 7.8.90 n. 241
Depetris dr. Maurizio
(Firmato in originale)

Il Responsabile
Depetris dr. Maurizio
(Firmato in originale)

Registrazione contabile

Esercizio	Conto	Importo

Il Dirigente Responsabile

Eseguibile dal 23/12/2015

Trasmessa alla Giunta Regionale in data approvata in data

Trasmessa al Collegio Sindacale in data 24/12/2015 Pubblicata ai sensi di legge dal 31/12/2015

si attesta che il presente atto viene inserito e pubblicato nell'albo pretorio informatico dell'Azienda dalla data indicata per 15 gg. consecutivi (art.32 L. 69/2009)

Il Dirigente Amministrativo Area Programmazione Strategica e AA.GG.
dr.ssa Anna Zavanone
(Firmato in originale)

OGGETTO: Delibera di adozione del Programma delle attività territoriali distrettuali (PAT)

IL DIRETTORE GENERALE

Visto il D.lgs. 30/12/92 nr.502 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 DGR n. 40-1368 del 27/04/2015 di nomina del Direttore Generale dell'ASL AL;

richiamata la deliberazione del Direttore Generale n. 516 del 9/7/2015 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 "AA.SS.RR. - Procedimento di verifica degli atti aziendali – Art.3 D.Lgs. n.502/1992 s.m.i. – D.C.R. n.167-14087 del 3/4/2012 – D.G.R. n.42-1921 del 27/7/2015 – Presa d'atto adeguamento alle prescrizioni regionali e recepimento definitivo ai sensi della D.C.R. n.167-14087 del 3/4/2012, all.A, par. 5.1" con la quale è stato recepito in via definitiva, ai sensi della D.C.R. n.167-14087 del 3/4/2012, all.A par. 5.1, l'Atto Aziendale ASL AL, come riadottato, a seguito delle prescrizioni regionali, con deliberazione ASL AL n.711 del 6/10/2015 ad oggetto "D.G.R: n.36-2167 del 28/9/2015: conclusione procedimento di verifica Atto Aziendale ASL AL – recepimento prescrizioni regionali";

vista la DGR. n.26-1653 del 29/6/2015 "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.";

vista la nota prot. n. 17303 del 16/9/2015 della Regione Piemonte – Assessorato alla Sanità – Direzione Sanità, contenente i primi indirizzi per lo schema tipo del Programma delle Attività Territoriali Distrettuali (P.A.T.);

vista la successiva nota prot. n. 20537 del 30/10/2015 della Regione Piemonte – Assessorato alla Sanità – Direzione Sanità, con la quale si comunica l'adozione del P.A.T. aziendale, da sottoporsi alla successiva validazione da parte della Regione, dovrà avvenire entro il 31/12/2015;

dato atto che nel modello di programmazione della Regione Piemonte, come disciplinato nell'ambito della D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015, è previsto che il Distretto, sulla base dei bisogni specifici della popolazione assistita e delle scelte di cura in merito alle patologie presenti sul proprio territorio, con particolare riferimento alle patologie croniche a maggior impatto sociale, sviluppi una programmazione specifica dell'assistenza da offrire alla propria popolazione, compatibilmente con le risorse economiche assegnate, attraverso il Programma delle Attività Territoriali Distrettuali (P.A.T.)

rilevato che tale modello di programmazione territoriale intende rappresentare un utile strumento non solo per la comunicazione all'interno dell'Azienda ma anche con i soggetti terzi e in particolare con gli Enti locali, in quanto focalizza l'attenzione verso una visione globale dell'assistenza consumata dai residenti del Distretto;

atteso che i P.A.T. per l'anno 2016 di tutti i Distretti dell'Azienda devono essere assemblati ed elaborati dalla Direzione strategica aziendale, entro i termini e secondo gli indirizzi generali definiti dalla D.G.R. n. 26-1653/2015, per sviluppare un unico documento aziendale, nel rispetto delle risorse economiche complessive a disposizione del territorio e della rete distrettuale, nell'ambito delle risorse assegnate dalla Regione all'ASL;

dato atto che la Regione, nell'ambito del processo di riorganizzazione del sistema sanitario, ha individuato fra le proprie strategie prioritarie il rafforzamento e la riqualificazione della rete territoriale e il P.A.T. diventa elemento trainante di tale processo;

dato atto che il P.A.T. individua gli obiettivi da perseguire, in attuazione delle strategie aziendali, così come definite nei relativi atti di programmazione e sulla base del fabbisogno rilevato nell'area di riferimento, definendo le attività da svolgere per conseguirli e la relativa distribuzione delle risorse assegnate;

rilevato che con nota ASL AL prot. n. 81166 del 22/09/2015 è stato individuato, nelle more del recepimento del nuovo Atto Aziendale e della conseguente nuova organizzazione distrettuale prevista, uno specifico Gruppo di lavoro per l'elaborazione della documentazione propedeutica alla definizione dei Programmi delle Attività Territoriali Distrettuali (P.A.T.) per l'anno 2016 dei nuovi Distretti dell'ASL AL;

considerato che la documentazione prodotta del Gruppo di lavoro è stata trasmessa con nota prot. n.90608 del 21/10/2015 alla Rappresentanza dei Sindaci ASL AL, al fine di fornire utile strumento, nell'ambito dei Comitati dei Sindaci di Distretto, per la valutazione e la predisposizione di proposte finalizzate alla redazione del P.A.T. per l'anno 2016;

rilevato che, nello svolgimento del proprio ruolo di programmazione territoriale distrettuale, si sono svolti i seguenti incontri dei Comitati dei Sindaci di Distretto ai quali ha partecipato il Gruppo di lavoro, costituito con nota ASL AL prot. n. 81166 del 22/09/2015, finalizzati all'esame della documentazione prodotta ed alla formulazione di proposte per la definizione dei P.A.T. dei singoli ambiti distrettuali:

29/10/2015 Commissione dei Sindaci Distretto Casale M. (Commissione territorio di Casale)
17/11/2015 Comitato dei Sindaci del Distretto di Tortona
19/11/2015 Comitato dei Sindaci del Distretto di Acqui T.
23/11/2005 Comitato dei Sindaci del Distretto di Valenza
25/11/2015 Comitato dei Sindaci del Distretto di Novi L.
26/11/2015 Comitato dei Sindaci del Distretto di Alessandria;

visto il documento pervenuto da parte dei Sindaci del Distretto di Ovada in data 6/11/2015;

atteso che a seguito dei citati incontri dei Comitati dei Sindaci di Distretto ed alle risultanze degli stessi sono stati predisposti i singoli P.A.T. dei Distretti ASL AL, secondo gli ambiti territoriali definiti dal nuovo Atto Aziendale ASL AL, recepito con D.G.R. n.53-2487 del 23/11/2015, il contenuto dei quali è stato messo a disposizione sul sito web aziendale ai Sindaci, in funzione della Conferenza dei Sindaci dell'ASL AL programmata in data 17/12/2015;

Visto che il Programma delle Attività Territoriali Distrettuali (P.A.T.) per l'anno 2016 è stato presentato, alla presenza dell'Assessore alla Sanità Regione Piemonte, alla Conferenza dei Sindaci ASL AL svoltasi in data 17/12/2015;

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

visto il parere obbligatorio espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario ai sensi dell'art.3/7 D.lgs 30/12/1992 n.502 e s.m.i.

DELIBERA

1. di approvare, per le motivazioni e le finalità indicate in premessa, il Programma delle Attività Territoriali Distrettuali (P.A.T.) per l'anno 2016 di cui alla DGR. n. 26-1653 del 29/6/2015 "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.", allegato alla presente

deliberazione quale parte integrante e sostanziale, relativo ai Distretti individuati dall'Atto Aziendale ASL AL, recepito con D.G.R. n.53-2487 del 23/11/2015;

2. di dare atto che il Programma delle Attività Territoriali Distrettuali (P.A.T.) di cui al punto 1) è redatto nel rispetto delle risorse economiche complessive a disposizione del territorio e della rete distrettuale, nell'ambito delle risorse assegnate dalla Regione all'ASL AL;
3. di trasmettere il presente atto alla Regione Piemonte Direzione Sanità per il previsto processo di sua validazione;
4. di dichiarare, stante il termine del 31/12/2015 stabilito dalla Regione Piemonte per l'adozione del PAT aziendale, il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 28 c.2 LR 10/95.

PROGRAMMA DELLE ATTIVITA' TERRITORIALI – P.A.T.

(D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015)

ANNO 2016

DISTRETTO DI ACQUI TERME - OVADA

INDICE

IL DISTRETTO DI ACQUI TERME – OVADA PAG. 3

STRUTTURE SANITARIE TERRITORIALI PAG. 11

PROGRAMMAZIONE ANNO 2016 PAG. 14

LEGENDA PAG. 16

ALLEGATO 2 – LO SCHEMA DEL PAT PAG. 17

ALLEGATO 3 - SCHEDE PROGETTUALI PAG. 24

IL DISTRETTO DI ACQUI TERME – OVADA

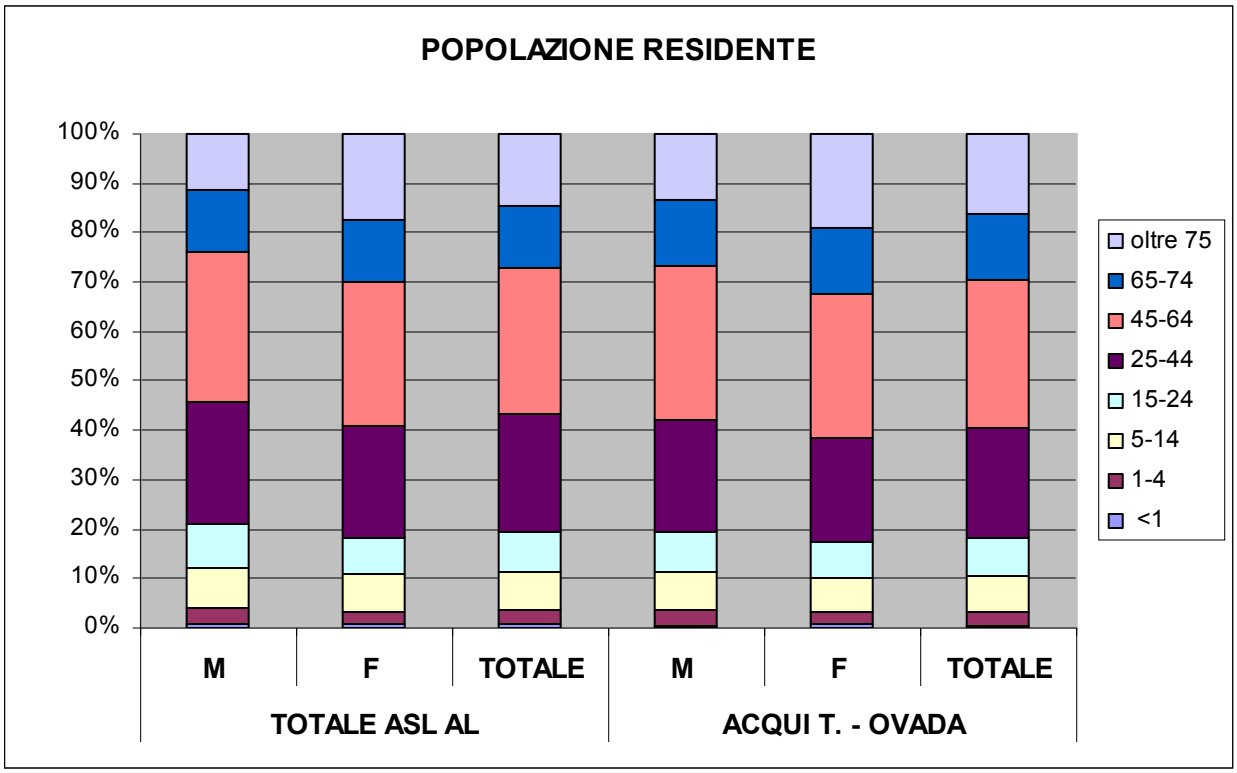
Comune	ex Distretto	DISTRETTO	Popolazione 31.12.2013	Superficie (kmq)	Dens. demogr. (ab/kmq)	Z.A.
Acqui Terme	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	20.171	33,42	603,56	C
Alice Bel Colle	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	777	12,09	64,27	C
Bistagno	ACQUI TERME	ACQUI T. - OVADA	1.957	17,65	110,88	C
Cartosio	ACQUI TERME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

TOTALE		ACQUI T. - OVADA	71.126	766,79	92,76

	n°	%
COMUNI	**45**	
di cui pianura	1	2,2%
di cui collina	26	57,8%
di cui montagna	18	40,0%

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

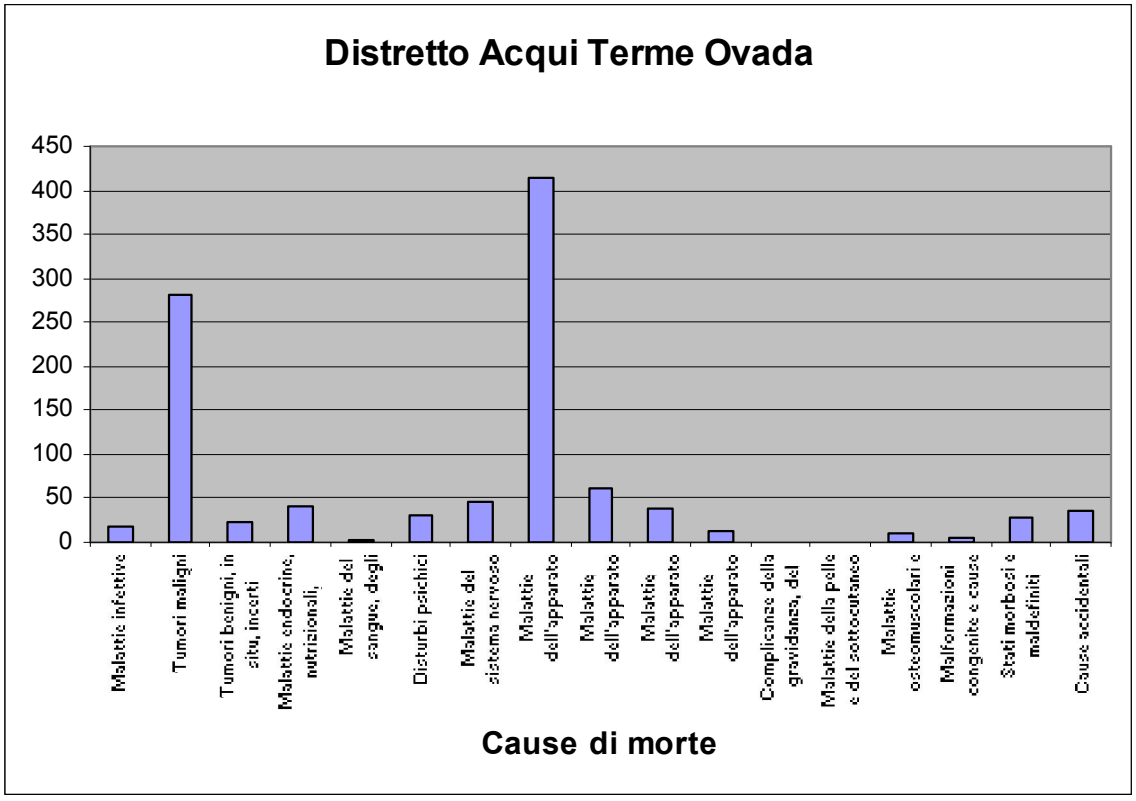
POPOLAZIONE RESIDENTE AGGIORNATA AL 31.12.2014 Fonte dati: BDDE Regione Piemonte						
Fascia di età	TOTALE ASL AL			ACQUI T. - OVADA		
	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE
<1	1.533	1.430	2.963	201	221	422
1-4	6.841	6.299	13.140	1.035	920	1.955
5-14	17.921	17.036	34.957	2.590	2.530	5.120
15-24	18.392	17.488	35.880	2.782	2.626	5.408
25-44	52.818	52.179	104.997	7.824	7.710	15.534
45-64	65.775	66.690	132.465	10.632	10.583	21.215
65-74	26.098	29.174	55.272	4.562	4.909	9.471
oltre 75	24.664	39.735	64.399	4.560	6.891	11.451
TOTALE	**214.042**	**230.031**	**444.073**	**34.186**	**36.390**	**70.576**



ESENZIONI TICKET – DISTRETTO ACQUI OVADA

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

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



Sede legale: Viale Giolitti,2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

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

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

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

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

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

Sede legale: Viale Giolitti,2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

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

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

ANALISI FABBISOGNO ACCESSI PRONTO SOCCORSO

RESIDENTI DISTRETTO DI ACQUI TERME E OVADA

Gennaio - Dicembre 2014

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

Gennaio - Giugno 2015

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

ASSISTENZA SPECIALISTICA 2014 – 2015 RESIDENTI DISTRETTO ACQUI TERME OVADA

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

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

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

STRUTTURE SANITARIE TERRITORIALI

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

MEDICINA E PEDIATRIA DI BASE

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

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIE DELLE DIPENDENZE

	n°
SER.D.	**2**
Centri Diurni per tossicodipendenti e alcoolisti a gestione diretta	**0**

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

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

PROGRAMMAZIONE ANNO 2016

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

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

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

Gli obiettivi ed i progetti previsti nel Programma delle Attività Territoriali per l'anno 2016 sono correlati alle risorse che saranno rese disponibili dal riparto regionale del fondo tenendo conto degli effetti che deriveranno dall'attuazione delle DGR n.1-600 e n.1-924 sul riordino della rete ospedaliera aziendale, provvedimenti recepiti dal Piano di Organizzazione conseguente al nuovo Atto Aziendale dell'ASL AL, approvato dalla Regione Piemonte con D.G.R. del 23.11.2015.
Il processo di attuazione del riordino della rete ospedaliera prevede step di attuazione progressivi, per cui gli effetti sull'anno 2016, esercizio di interesse del presente Programma, risulteranno ancora parziali.
Azioni specifiche sulla rete distrettuale, oltre a quelle previste nel presente Programma, saranno adottate, nel quadro e con la tempistica della piena attuazione del nuovo assetto della rete ospedaliera aziendale, per le aree territoriali sulle quali sono previsti dalle DGR n.1-600 e n.1-924 interventi di riorganizzazione delle funzioni del Presidio Ospedaliero presente sul Territorio.

ALLEGATI:

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

LEGENDA

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

Allegato 2 **Lo schema del PAT**

ASL AL - Distretto ACQUI TERME OVADA

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

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

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

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

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

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

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

ALLEGATO 3

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

DISTRETTO DI ACQUI TERME – OVADA

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

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

ASL AL

Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza

Sottolivello assistenziale: Assistenza Farmaceutica

Responsabile: Direttore Distretto

Corresponsabili: Dirigenti Farmacisti di Distretto

Denominazione del progetto di miglioramento: APPROPRIATEZZA SPESA FARMACEUTICA: INCREMENTO USO FARMACI A BREVETTO SCADUTO

Descrizione ed analisi del problema

L'impiego appropriato delle risorse assegnate al SSN è una condizione imprescindibile per il mantenimento e la sostenibilità dell'attuale struttura universalistica del sistema sanitario, specie nell'attuale contesto di costante crescita della richiesta di servizi motivata da fattori noti (invecchiamento della popolazione, aumento delle patologie croniche, sviluppo di nuove tecnologie/progresso scientifico) e di progressiva riduzione delle risorse a disposizione.

Il farmaco a brevetto scaduto rappresenta, in questo quadro, uno strumento di rilevanza strategica cruciale che, accanto alle garanzie derivanti dall'impiego di terapie conosciute per l'uso clinico prolungato e ben documentate, offre l'opportunità di mantenere elevati livelli di qualità assistenziale a costi molto più contenuti, permettendo di liberare risorse da destinare a trattamenti e tecnologie realmente innovative altrimenti non sostenibili.

I medici prescrittori costituiscono i soggetti fondamentali attraverso cui garantire la maggiore diffusione possibile dei farmaci a brevetto scaduto sul territorio.

Descrizione del progetto e delle attività

Il progetto si propone di determinare un contenimento della spesa farmaceutica attraverso l'incremento dell'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto, in particolare di quelli che presentano il miglior rapporto costo-beneficio all'interno della medesima classe; uno degli elementi cardine per determinare il contenimento della spesa è rappresentato da interventi diretti a riorientare l'azione dei prescrittori, in particolare MMG e PLS, coinvolgendoli in percorsi mirati su patologie traccianti.

Costituiscono attività strategiche per lo sviluppo del progetto:

• attività formativa ed informativa nei confronti dei prescrittori e degli assistiti
• attribuzione di obiettivi specifici a medici specialisti ospedalieri ed ambulatoriali
• assegnazione di obiettivi specifici a MMG/PLS
• monitoraggio continuo dell'andamento dell'obiettivo e dei risparmi ottenuti, con particolare attenzione alle differenze rilevate per Distretto di appartenenza, per tipologia di farmaco e per ogni singolo MMG

Oltre al processo formativo che, come sopra specificato, prevede attività di formazione / informazione nei confronti dei medici prescrittori (Specialisti e MMG/PLS), il progetto prevede l'esecuzione di una specifica campagna informativa rivolta agli assistiti sull'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto.

In *ambito territoriale* il progetto contempla, oltre all'abituale azione di analisi e controllo delle prescrizioni SSN, l'organizzazione di incontri con le Commissioni Appropriatezza dell'ASL, alla presenza dei corrispondenti Direttori di Distretto e dei Servizi Farmaceutici correlati.

Ai fini dello sviluppo delle attività, coerentemente con gli obiettivi proposti, si prevede, inoltre, il monitoraggio trimestrale dell'andamento del progetto attraverso:

- reportistica ad hoc :
  - per singolo MMG
  - per Direttore Distretto
- monitoraggio attività Sportello;
- monitoraggio del rispetto dei requisiti di appropriatezza nelle lettere di dimissione degli Specialisti ASL AL;
- analisi di aderenza di alcuni PDTA, in particolare su patologie croniche ad alto consumo di farmaci, con rilevante impatto sulla spesa farmaceutica territoriale

Obiettivi

Obiettivo Generale: Incremento dell'uso di farmaci a brevetto scaduto
Obiettivo Specifico 1: Attività formativa e informativa su prescrittori (Specialisti e MMG/PLS) e assistiti
Obiettivo Specifico 2: Revisione del Prontuario Terapeutico (ASL / ASO)
Obiettivo Specifico 3: Monitoraggio andamento progetto

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Incremento dell'uso di farmaci a brevetto scaduto
Indicatore/i di risultato	Incremento percentuale della spesa per farmaci con brevetto scaduto sul totale spesa farmaceutica convenzionata con correlato risparmio
Standard di risultato	Aumento di 3 punti della percentuale della spesa per farmaci con brevetto scaduto sul totale spesa farmaceutica convenzionata con correlato risparmio, entro il 2016

Obiettivo Specifico 1	Attività formativa e informativa su prescrittori (Specialisti e MMG/PLS) e campagna informativa assistiti
Indicatore/i di risultato	N. interventi informativi/formativi su prescrittori e N. attività informativa assistiti
Standard di risultato	4 interventi informativi/formativi su prescrittori e 1 campagna informativa assistiti

Obiettivo Specifico 2	Revisione del prontuario terapeutico (ASL / ASO)
Indicatore/i di risultato	Revisione Prontuario
Standard di risultato	Prontuario rimodulato

Obiettivo Specifico 3	Monitoraggio andamento progetto
Indicatore/i di risultato	Report; verifica lettere di dimissione degli Specialisti ASL AL Analisi dell'aderenza di alcuni PDTA
Standard di risultato	Report trimestrale; verifica semestrale lettere di dimissione degli Specialisti; analisi aderenza PDTA

Cronoprogramma di realizzazione

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

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

ASL AL
Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
Sottolivello assistenziale
Responsabile: Direttore Distretto
Corresponsabili: SS Promozione della Salute e Medicina d'Iniziativa – Dipartimento di Prevenzione – SS Percorsi Integrati Ospedale-Territorio – Presidi Ospedalieri
Denominazione del progetto di miglioramento: DEFINIZIONE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO SOCIO-ASSISTENZIALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI MIGRANTI
Descrizione ed analisi del problema Da Paese di emigrazione, negli ultimi 10 -15 anni, l'Italia è diventata paese di immigrazione, con flussi continui e diversificati a seconda delle alterne vicende geopolitiche, crisi congiunturali e accessi bellici. I dati ISTAT, che confermano la tendenza ad un aumento del fenomeno, evidenziano che al 1 gennaio 2015 nell'ambito territoriale di competenza dell'ASL AL la presenza della popolazione straniera residente è pari al 10,4 % del totale dei residenti (contro una media regionale pari al 9,6% ed una media nazionale pari al 8,2%); di questi, circa l'80% sono persone provenienti da paesi a forte pressione migratoria. La letteratura scientifica ha individuato che, per i gruppi vulnerabili della popolazione, con precario accesso alle risorse, e tra questi i migranti, il rischio di perdita della salute è maggiore rispetto al resto della popolazione. Numerosi indicatori mostrano che la salute della popolazione nei Paesi occidentali, e quindi anche in Italia, è migliorata (bassa mortalità infantile, aumento dell'aspettativa di vita, ecc…), ma altrettanti indici evidenziano crescenti diseguaglianze nella salute per i soggetti vulnerabili. La salute degli immigrati, per i quali la migrazione in se stessa rappresenta un fattore di fragilizzazione, risulta essere strettamente connessa ai sistemi di accoglienza ed ai processi di inclusione sociale messi in atto nel paese ospite. Infatti, la maggior parte delle patologie scaturiscono dalle condizioni abitative, lavorative, dal tipo di rapporto con le istituzioni, dalle difficoltà relazionali e di socializzazione. In definitiva per gli immigrati, esclusi dalla piena cittadinanza e spesso in condizioni di deprivazione economica, sociale, relazionale, culturale, i rischi per la salute sono particolarmente elevati. **Descrizione del progetto e delle attività** Il fenomeno impone di individuare strategie efficaci per dare risposte ai bisogni di questa nuova popolazione non solo in un'ottica di rispetto dei diritti universali, ma anche per cogliere orizzonti culturali diversi e prevenire conflitti sociali derivanti dall'esclusione sociale, conflitti che inevitabilmente hanno ricadute negative sullo sviluppo dell'intera collettività. Dunque, una questione prioritaria è quella di preparare i servizi, quindi anche quelli socio-sanitari, ad affrontare una utenza portatrice di culture, biografie e bisogni differenziati. Le principali azioni del progetto sono: 1. definizione e attuazione di un piano strutturato di intervento, elaborato sulla base delle linee guida predisposte a livello nazionale e regionale, che contempli le attività (accoglienza, screening, misure di prevenzione compresa l'immunizzazione attiva, sorveglianza, cura) rivolte ai migranti accolti in Provincia di Alessandria nell'ambito del programma europeo *Triton Frontex;* 2. costruzione e diffusione di linee guida per la descrizione del profilo di salute della popolazione immigrata attraverso i principali flussi correnti, allo scopo di avere informazioni quali-quantitative omogenee e confrontabili, utili alla comprensione dei principali problemi di salute che necessitano di interventi prioritari; 3. individuazione ed implementazione, nell'ambito dei servizi territoriali, di modelli organizzativi sanitari adeguati a garantire, in modo omogeneo nel territorio dell'ASL AL, l'equità nell'accesso alla Medicina di Base e alle Cure Primarie, particolarmente per i migranti irregolari; 4. adozione di strategie di provata efficacia di informazione e di educazione alla salute per l'utenza, basate sulla pratica della competenza culturale e dell'empowerment del singolo e della comunità con particolare riguardo alla tutela della salute materno-infantile.
Obiettivi *Obiettivo Generale:* tutela della salute dei migranti *Obiettivo Specifico 1:* definizione e attuazione di un piano strutturato di intervento che contempli le attività (accoglienza, screening, misure di prevenzione, sorveglianza, cura) rivolte ai migranti accolti in Provincia di Alessandria nell'ambito del programma europeo *Triton Frontex* *Obiettivo Specifico 2:* costruzione e diffusione di linee guida per la descrizione del profilo di salute della popolazione immigrata attraverso i principali flussi correnti *Obiettivo Specifico 3:* individuazione ed implementazione, nell'ambito dei servizi territoriali, di modelli

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

Durata del progetto

(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

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

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

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

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

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

Cronoprogramma di realizzazione

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

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

ASL AL

Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza

Sottolivello assistenziale

Responsabile: Direttore Distretto

Corresponsabili: SS Promozione della Salute e Medicina d'Iniziativa – Dipartimento di Prevenzione

Denominazione del progetto di miglioramento: REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE FINALIZZATI ALL'ADOZIONE DI CORRETTI STILI DI VITA

Descrizione ed analisi del problema

Secondo i dati dell'OMS, l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono causati da alcune patologie (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscoloscheletrici) che hanno in comune fattori di rischio modificabili, quali il fumo di tabacco, l'obesità e sovrappeso, l'abuso di alcol, lo scarso consumo di frutta e verdura, la sedentarietà, l'eccesso di grassi nel sangue e l'ipertensione arteriosa. Tali fattori di rischio sono responsabili - da soli - del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. Nel nostro paese, essi si distribuiscono in maniera molto differente nella popolazione e sono molto più diffusi tra le persone delle classi socio-economiche più basse, le quali hanno una mortalità e una morbosità molto maggiori rispetto a chi, socialmente ed economicamente, si trova in posizione più avvantaggiata. A perdere rapidamente il proprio patrimonio di salute sono anche gli immigrati, a causa delle condizioni di vita in cui spesso si trovano in Italia.

Tali condizioni, inoltre, pur influenzate da comportamenti individuali, sono fortemente sostenute dall'ambiente di vita e da quello sociale. I comportamenti salutari, infatti, sono resi sempre più difficili dall'organizzazione e dal disegno urbano delle città, dall'automatizzazione, dai prezzi a volte più elevati degli alimenti più sani e dai condizionamenti del marketing. Ne consegue che i soggetti più esposti a questi rischi sono quelli più vulnerabili: i bambini e le famiglie più povere.

Negli ultimi anni, per effetto di strategie adottate in Italia e nel mondo, si sono potuti osservare alcuni cambiamenti nella giusta direzione (si pensi alla tutela dal fumo passivo) ma permangono, tuttavia, anche andamenti negativi per certi fattori ed in sottogruppi di popolazione.

L'obesità è in aumento nell'insieme della popolazione e nei bambini, i giovani continuano ad essere attratti dal fumo di tabacco, le classi economiche più disagiate sono ancora le più esposte ai rischi del fumo, dell'abuso dell'alcol, della sedentarietà, di una alimentazione errata.

I 4 principali fattori di rischio (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica) – in gran parte modificabili e nei quali è possibile identificare con certezza i principali determinanti delle malattie croniche più frequenti nel nostro paese – sono ben conosciuti ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili.

Descrizione del progetto e delle attività

Su tali premesse, ed in linea con quanto predisposto nel Piano Locale della Prevenzione dell'ASL AL, risulta prioritario programmare un intervento di salute pubblica che affronti in modo globale questi fattori di rischio, consentendo di guadagnare salute e garantendo la sostenibilità del Sistema Sanitario in termini economici e di efficacia.

Tale programma permetterà di inquadrare in maniera coordinata il contrasto ai fattori di rischio con un approccio non solo agli aspetti sanitari, ma anche alle implicazioni ambientali, sociali ed economiche, e prevederà la condivisione degli obiettivi da parte degli attori coinvolti (ASL AL, Enti Locali, scuole). Contemplerà, inoltre, la definizione delle reciproche responsabilità, attraverso una programmazione ampiamente concertata e l'attivazione di azioni ed interventi che agiscano in maniera trasversale sui diversi determinanti, al fine di aumentare l'efficacia ed ottimizzare l'utilizzo delle risorse, e che comprendano interventi di comunicazione e regolazione di comunità e per gli individui.

All'interno del progetto dovranno coordinarsi le iniziative già avviate come il contrasto al fumo e all'abuso di alcol; un impegno prioritario riguarderà l'implementazione di strategie per migliorare la dieta e promuovere l'attività fisica con l'obiettivo di contrastare l'avanzata dell'epidemia di soprappeso/obesità, considerate le proporzioni che tale fenomeno ha raggiunto.

Ogni intervento di educazione e promozione della salute terrà conto della conoscenza delle diseguaglianze sociali nella salute, in particolare nell'accesso ai servizi e all'informazione stessa, allo scopo di individuare correttamente e raggiungere il più possibile i gruppi di popolazione più a rischio. Le campagne di intervento terranno conto di un punto di vista multiculturale, e presupporranno l'integrazione tra il distretto ed il Dipartimento di Prevenzione, al fine di garantire un approccio sinergico alle tematiche oggetto di trattazione,

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

Obiettivi
Obiettivo Generale: Intervento globale di contrasto ai fattori di rischio
Obiettivo Specifico 1: Istituzione gruppo di lavoro multidisciplinare e multisettoriale
Obiettivo Specifico 2: Definizione programma globale interventi di promozione della salute
Obiettivo Specifico 3: Attuazione programma interventi di promozione della salute

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Intervento globale di contrasto ai fattori di rischio
Indicatore/i di risultato	Implementazione azioni di contrasto alle patologie da errati stili di vita
Standard di risultato	Attuazione interventi di promozione della salute finalizzati alla mitigazione dei principali fattori di rischio

Obiettivo Specifico 1	Istituzione gruppo di lavoro multidisciplinare e multisettoriale
Indicatore/i di risultato	Istituzione gruppo di lavoro
Standard di risultato	Documento di istituzione del gruppo di lavoro

Obiettivo Specifico 2	Definizione programma globale interventi di promozione della salute
Indicatore/i di risultato	Programma interventi di promozione della salute
Standard di risultato	Documento che evidenzi il piano strutturato degli interventi di promozione della salute

Obiettivo Specifico 3	Attuazione programma interventi di promozione della salute
Indicatore/i di risultato	N. Interventi di promozione della salute
Standard di risultato	12 interventi di promozione della salute

Cronoprogramma di realizzazione

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

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

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

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

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

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

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

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

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

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

Cronoprogramma di realizzazione

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

5. INTERVENTI A CARATTERE LOCALE SULL'INCLUSIONE LAVORATIVA

ASL AL

Distretto: Acqui Terme – Ovada – Novi Ligure - Tortona

Sottolivello assistenziale Dipartimento di Patologia delle Dipendenze

Responsabile: Responsabile Dipartimento di Patologia delle Dipendenze

Corresponsabili: Assistenti Sociali Dipartimento di Patologia delle Dipendenze

Denominazione del progetto di miglioramento: INTERVENTI A CARATTERE LOCALE SULL'INCLUSIONE LAVORATIVA

Descrizione ed analisi del problema

L'importanza del lavoro come fattore fondamentale per l'affrancamento e l'integrazione sociale delle persone che, per diversità relazionali, culturali o sociali rischiano di trovarsi in una condizione di svantaggio, di disparità emarginante, di grave disagio, è una certezza ormai da tempo acquisita, quantomeno a livello di coscienza collettiva culturalmente avvertita.

Le persone che versano in situazioni di fragilità si confrontano con una crescente scarsità di opportunità di vita e di promozione/inclusione sociale e spesso, se reinserite nella società, sono costantemente esposte al rischio di precarietà e di ritorno alla marginalità sociale o a ricadute nella dipendenza patologica, se non supportate adeguatamente da un sistema di relazioni e di servizi in grado di fungere da rete di sicurezza per la persona.

L'inclusione lavorativa richiede lo sviluppo e il potenziamento della rete dei servizi presenti sul territorio, soprattutto in rapporto ai centri provinciali per l'impiego (CPI) al fine di migliorare l'offerta di servizi a persone in situazioni di dipendenza patologica. Il reinserimento socio-lavorativo costituisce un'area di intervento principale nell'ambito delle dipendenze patologiche, sia per i programmi di trattamento ambulatoriale che residenziale, soprattutto nella fase di conclusione del percorso comunitario.

Un elemento fondamentale è rappresentato dai tirocini di inclusione lavorativa in considerazione della necessità di costruire attività riabilitative propedeutiche al reinserimento sociale e lavorativo di pazienti seguiti dai Ser.D. che versano prioritariamente nelle seguenti condizioni:

- in fase di reinserimento post-comunitario o al termine di una fase di cura e riabilitativa (dimissioni da ricoveri, cliniche, ecc..);
- in condizione di misura alternativa alla detenzione o messa alla prova attraverso un progetto trasmesso all'Autorità Giudiziaria;
- donne sole e/o con figli senza reti di sostegno sociale ed economico;
-singoli o coppie con figli che necessitano un progetto di accompagnamento verso una genitorialità responsabile e inseriti in progetti di rete o di controllo dell'Autorità giudiziaria minorile
- in condizione di grave marginalità sociale e/o di precarietà delle condizioni di salute generali.

In tutte queste situazioni si rende necessario prospettare progetti di inclusione sociale e lavorativa sia per poter acquisire un'osservazione clinica più approfondita sia per contenere / ridurre le ricadute nelle sostanze d'abuso sia per consentire un cambiamento nello stile di vita della persona.

Inoltre è riconosciuto anche in letteratura che un positivo intervento di inclusione sociale e lavorativa può ridurre i costi sanitari (ad esempio, dei ricoveri in strutture sanitarie o di terapeutiche) e sociali (ad esempio, detenzioni per recidiva di attività illegale, ecc..)

Descrizione del progetto e delle attività

Il presente progetto fa riferimento alla programmazione dei Piani Locali delle Dipendenze biennio 2016-2017 (Sezione F Scheda Inclusione sociale e Inserimenti lavorativi), al Regolamento dei servizi d'inserimento lavorativo dei Ser.D dell'ASL 20 (delibera *n.2013/577 del 9.07.2013)* e alla DGR 07.04.2014 n.42-7397 Regione Piemonte.

Il progetto prevede un piano di intervento multifasico, che si compone delle attività di seguito riportate.

1. **Costituzione dello staff di gestione del Progetto (in collaborazione con la rete dei servizi locali per l'inclusione lavorativa dei soggetti svantaggiati – ASL - Provincia e Centri Provinciali Impiego – Comuni, Servizi Sociali, privato sociale e cooperazione sociale)**
   Nel primo periodo si intende delineare un modello di intervento condiviso e costruire una rete fattiva di soggetti che collaborano e costruiscono progetti di inclusione lavorativa in modo coordinato e integrato. Inoltre, la messa in rete delle conoscenze e delle informazioni consentirà un migliore utilizzo delle risorse e una razionalizzazione degli interventi incrementando il sistema dell'offerta. La crisi del welfare tradizionale necessita, infine, di trasformarsi anche attraverso l'individuazione di nuove soluzioni sostenibili socialmente ed economicamente quale quella che si propone l'attuale progettazione

2. **Coordinamento e gestione del Progetto**
   Si intende in questa fase:
   - *sperimentare un modello di integrazione pubblico-privato non profit e profit (le Aziende) in grado di promuovere percorsi personalizzati di inserimento lavorativo e di inclusione per soggetti dipendenti da sostanze;*
   - *incrementare le opportunità occupazionali per il target group;*
   - *ridurre il pregiudizio e la discriminazione che spesso rende vano il processo di reinserimento e riabilitazione del soggetto affetto da dipendenza patologica.*
3. **Ricerca e individuazione Aziende**
   Si prevede un ampliamento delle opportunità d'inserimento rispetto alla banca dati Aziende già in uso attraverso una messa in rete delle conoscenze e un'attività promozionale e di ricerca tesa a valutare, oltre alla disponibilità ad accogliere nuovi tirocinanti, anche la conguità occupazionale, dell'ambiente di lavoro, dell'organizzazione, delle competenze richieste, della percezione qualitativa che le aziende hanno dello svantaggio e della dipendenza , ecc..)in collaborazione con la rete locale dei servizi.
4. **Individuazione utenti Ser.D per inclusione lavorativa /Elaborazione progetti individualizzati per inserimento lavorativo a valenza riabilitativa o di reinserimento sociale.**
   In tale fase è sviluppata l'azione di mediazione, supporto e accompagnamento del soggetto (tutoraggio) con l'obiettivo di favorire l'inserimento e l'acquisizione di competenze sufficienti per migliorarne l'occupabilità. La finalità di ogni percorso è il raggiungimento di una sufficiente integrazione sociale della persona all'interno di un sistema produttivo; contestualmente si offrono strumenti anche all'Azienda o Cooperativa ospitante (es: consulenza sulle opportunità di assunzione, sostegno per situazioni di disagio, ecc) utili per possibili stabilizzazioni/ assunzioni.
5. **Attività di accoglienza, informazione e orientamento informativo**
   Considerando l'utente un soggetto che possa essere valorizzato rispetto alle sue capacità e competenze, in tale fase si procederà all'esecuzione di attività di accompagnamento e di empowerment finalizzate a incrementare le potenzialità del soggetto anche rispetto ad una ricerca guidata delle opportunità di inserimento esistenti in quel determinato territorio. (auto-consultazione, consulenza informativa diretta, ecc..)
6. **Counselling orientativo e bilancio di competenze – valutazione clinica sul modello ICF – dipendenze**
   Tale fase prevede un assessment attraverso il sistema di classificazione ICF-dipendenze, modulato nello specifico rispetto alle performance e capacità del soggetto con problemi di dipendenza. Inoltre, dal punto di vista tossicologico, si utilizzeranno i sistemi già in uso (es. per l'alcol: Cage, Audit, classificazione Cloninberg tipo 1 e tipo 2…; diagnosi DSM V, etc..) per un valutazione del funzionamento sociale e relazionale del paziente utile per procedere all'inserimento e alla scelta dell'ambito ospitante più opportuno per la persona.
7. **Sistema di valutazione**
   Si prevede una reportistica intermedia e finale condivisa dallo staff di Progetto attraverso la definizione di indicatori di processo e di risultato sull'esperienza in itinere e conclusiva

Obiettivi

Obiettivo Generale: Promozione di interventi di inclusione lavorativa attraverso un progetto realizzato secondo logiche di rete
Obiettivo Specifico 1: Costituzione dello staff di gestione del Progetto
Obiettivo Specifico 2: Individuazione utenti Ser.D per inclusione lavorativa /Elaborazione progetti individualizzati per inserimento lavorativo a valenza riabilitativa o di reinserimento sociale
Obiettivo Specifico 3: Attività di accoglienza, informazione e orientamento informativo, counselling orientativo e bilancio di competenze – valutazione clinica sul modello ICF –dipendenze
Obiettivo Specifico 4: Sistema valutazione mediante report con analisi del Progetto mediante indicatori in processo e di esito

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Promozione di interventi di inclusione lavorativa attraverso un progetto realizzato secondo logiche di rete
Indicatore/i di risultato	N. **16** tirocini formativi finalizzati all'inclusione lavorativa
Standard di risultato	75% dei tirocinanti deve concludere positivamente l'esperienza avviata.

Obiettivo Specifico 1	Costituzione dello staff di gestione del Progetto
Indicatore/i di risultato	Costituzione staff
Standard di risultato	Documento che individui lo staff per lo sviluppo del Progetto. Riferimento alla delibera n. 2013/314 del 5.04.2013 relativa al Protocollo d'intesa per il coordinamento interservizi per l'inclusione lavorativa tra Provincia, CPI, CSM, Servizi Sociali, privato sociale e Enti Locali. Per la parte operativa si farà riferimento agli incontri del Coordinamento Dipartimentale per l'inclusione sociale e lavorativa dei Ser.D e, in ogni specifico servizio, all'integrazione con la rete dei servizi sociali del territorio.

Obiettivo Specifico 2	Attività di accoglienza, informazione e orientamento informativo, Counseling orientativo e bilancio di competenze – valutazione clinica sul modello ICF – dipendenze
Indicatore/i di risultato	N. 24 attività di accoglienza, informazione e orientamento informativo N. 20 counselling e bilancio di competenze – valutazione clinica sul modello ICF – dipendenze
Standard di risultato	N. 20 attività di accoglienza, informazione e orientamento informativo N.16 counseling e bilancio di competenze – valutazione clinica sul modello ICF – dipendenze

Obiettivo Specifico 3	Individuazione utenti Ser.D per inclusione lavorativa /Elaborazione progetti individualizzati per inserimento lavorativo a valenza riabilitativa o di reinserimento sociale
Indicatore/i di risultato	N. 24 utenti Ser.D individuati N. 20 progetti individualizzati per inserimento lavorativo elaborati
Standard di risultato	N. 16 utenti Ser.D individuati N. 16 progetti individualizzati per inserimento lavorativo elaborati

Obiettivo Specifico 4	Sistema valutazione mediante report con analisi del progetto mediante indicatori in processo e di esito
Indicatore/i di risultato	Reportistica intermedia e finale
Standard di risultato	n. 4 incontri a cadenza trimestrale con i Servizi coinvolti per la programmazione, la gestione, le verifiche ex ante, intermedie e finali dell'intera progettualità. Al termine dell'esperienza stesura di un report sui risultati finali dell'esperienza.

Cronoprogramma di realizzazione

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

6. MANTENIMENTO STANDARD DI COPERTURA VACCINALE

ASL AL
Distretto: TUTTI I DISTRETTI
Sottolivello assistenziale: vaccinazioni pediatriche
Responsabile: Referente aziendale Vaccinazioni
Corresponsabili: Personale medico interessato
Denominazione del progetto di miglioramento: MANTENIMENTO STANDARD DI COPERTURA VACCINALE
Descrizione ed analisi del problema Un elevato tasso di copertura vaccinale costituisce un elemento cardine per garantire la prevenzione delle patologie per le quali sono disponibili i vaccini. In Italia si è assistito ad un progressivo calo delle coperture vaccinali, con il rischio di recrudescenza di diverse patologie infettive prevenibili da vaccino; la riduzione del livello di copertura vaccinale della popolazione ha determinato allarme nella comunità scientifica in considerazione dell'impatto sanitario derivante dalle malattie per le quali lo strumento vaccinale costituisce l'elemento cardine per garantirne la prevenzione ed evitare, pertanto, anche forme complicate con incremento dei costi in termine di salute della collettività ed economici. Il fenomeno della riduzione delle coperture vaccinali è da ricondursi ad una molteplicità di fattori, tra cui: 1) La mancata percezione del pericolo da parte della popolazione 2) La diffusione di informazioni errate sul Web 3) La critica all'industria farmaceutica 4) La sopravvalutazione dei rischi dei vaccini. **Descrizione del progetto e delle attività** Il progetto prevede il coinvolgimento dei servizi vaccinali dell'ASL AL e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) con l'intento di richiamare tutte le famiglie che non rispondono alla proposta vaccinale. Per dare più forza a questi obiettivi il progetto è stato inserito nell'Accordo aziendale con i pediatri di libera scelta sia per il 2015, che per il 2016. Il monitoraggio sui tassi di copertura vaccinale sarà effettuato su: ✓ la vaccinazione contro i virus del morbillo parotite rosolia ✓ la vaccinazione contro il virus HPV nelle ragazze pre-adolescenti per la prevenzione del cancro alla cervice uterina
Obiettivi *Obiettivo Generale:* Prevenzione delle patologie infettive prevenibili da vaccino (MPR, HPV) *Obiettivo Specifico 1:* Mantenimento livelli di copertura della vaccinazione contro morbillo, parotite, rosolia *Obiettivo Specifico 2:* Mantenimento livelli di copertura della vaccinazione contro l'HPV

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

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

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

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

Cronoprogramma di realizzazione

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

7. PERCORSO INTEGRATO DI CONTINUITÀ DI CURA OSPEDALE – TERRITORIO

ASL AL

Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza

Sottolivello assistenziale: Assistenza a domicilio

Responsabile: Direttore Distretto

Corresponsabili: Medici e Infermieri del Distretto

Denominazione del progetto di miglioramento:
PERCORSO INTEGRATO DI CONTINUITÀ DI CURA OSPEDALE – TERRITORIO

Descrizione ed analisi del problema

Le dinamiche demografiche ed i nuovi scenari epidemiologici caratterizzati da un incremento delle patologie croniche impongono una rimodulazione strutturale nel sistema assistenziale, compresa l'adozione di specifici criteri per la continuità delle cure e di strumenti per la piena realizzazione della rete territoriale con la definizione di un modello organizzativo che preveda al centro il paziente e che assicuri concretamente un'integrazione reale tra ospedale e territorio, in modo da fornire ai bisogni assistenziali risposte appropriate, sicure ed efficaci e, nello stesso tempo, razionalizzare l'uso di risorse, ridurre gli sprechi, eliminare le inefficienze.

Descrizione del progetto e delle attività

Al fine di rispondere ai nuovi bisogni di salute assume elemento fondamentale la riorganizzazione del processo assistenziale, attraverso la definizione di un modello organizzativo, con l'obiettivo di:
- ridurre i tempi di degenza ed i relativi costi per eventi morbosi a lenta e/o complessa evoluzione permettendo un utilizzo più congruo dei posti letto evitando ospedalizzazioni protratte;
- utilizzare al meglio le risorse esistenti all'interno del sistema ospedale-territorio e favorire un più congruo utilizzo dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- favorire la collaborazione e l'integrazione tra operatori ospedalieri e territoriali, mediante la costituzione di un team interaziendale che lavori per obiettivi comuni e condivisi;
- promuovere modalità di educazione alla salute nei pazienti e nei loro familiari incoraggiando un loro ruolo partecipativo anche nella erogazione dell'assistenza, migliorandone la qualità percepita.

Il modello organizzativo presuppone lo sviluppo e il consolidamento delle relazioni tra gli specialisti ospedalieri e quelli presenti sul territorio. L'ambito di confronto/rapporto tra ospedale e territorio interessa vari aspetti: modalità di accesso, relazioni durante il ricovero, modalità di dimissioni, condivisione dei percorsi di continuità assistenziale.

L'elemento centrale del processo è la "presa in carico" del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di cura, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure/assistenza dai vari soggetti erogatori, quali:
- il Medico di M.G. e il Pediatra di L.S. che, svolgendo un ruolo di tutela ed assistenza nei confronti dei propri pazienti, hanno la più ampia conoscenza del loro quadro sanitario e sociale;
- le strutture di ricovero ospedaliero sia per attività in acuzie che post-acuzie ed in particolare: i Presidi Ospedalieri di Alessandria, Casale M., Tortona, Novi L., Acqui T. e Ovada;
- le strutture che assicurano l'assistenza domiciliare;
- le strutture dell'assistenza socio-sanitaria territoriale.

Al fine di produrre una forte integrazione sinergica tra ospedale e territorio, come previsto da D.G.R. 27/3628 del 28.3.2012, è necessario istituire e attivare:
- il Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (N.O.C.C.) presso ogni P.O. aziendale, composto dal Dirigente Medico della Direzione Medica di Presìdio, dall'Assistente Sociale Ospedaliera in organico alla Direzione Medica (o, qualora questa non sia presente, dall'Assistente Sociale distaccata) e dal personale medico e infermieristico del reparto, che riferisce al Direttore Medico di Presidio;
- il Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (N.D.C.C.) presso ogni Distretto, composto dal Medico di Distretto, personale infermieristico e assistente sociale dell'area socio-assistenziale, integrato di volta in volta dal M.M.G. / P.L.S. dell'assistito e da personale dei servizi territoriali e/o specialistici, che riferisce al Direttore del Distretto.

Le attività dei Nuclei sono:
- indagine congiunta sociale e sanitaria finalizzata all'acquisizione di elementi relativi alle condizioni sanitarie e sociali del paziente;

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

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

Fase ospedaliera

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

A) Identificazione e "screening" del paziente a rischio

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

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

All'accesso del paziente in DEA/PS o in Reparto l'infermiere (entro la mattina successiva al ricovero):
1. valuta il paziente mediante la compilazione di una scheda per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile e in caso di indice di Brass superiore a 10:
2. attiva immediatamente, con il medico di reparto, il N.O.C.C., il quale compila la prima parte della scheda di segnalazione;
B) Segnalazione del caso
Consiste nella attivazione del percorso "continuità di cura" attraverso la segnalazione ai nuclei distrettuali di residenza dell'assistito.
L'assistente sociale del N.O.C.C., nel più breve tempo possibile, invia la scheda di segnalazione mediante comunicazione informatica o tramite fax o e-mail al Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (N.D.C.C.) di residenza.

Fase Territoriale

Il N.D.C.C. ha un compito cardine in tutto il percorso assistenziale in quanto costituisce il punto di raccordo fondamentale tra i reparti ospedalieri, i servizi territoriali, il cittadino ricoverato ed i suoi familiari.
C) Valutazione dei bisogni socio-sanitari e presa in carico del paziente da parte della rete dei servizi territoriali
1. Il N.D.C.C. nelle figure del il medico di Distretto e del case-manager delle cure domiciliari, ricevuta la segnalazione dal N.O.C.C. e raccolte le informazioni, provvede a:
- contattare il medico di Medicina Generale, figura di riferimento delle cure primarie;
- contattare, per situazioni sociali particolarmente complesse, l'assistente sociale, al fine di verificare le condizioni socio-ambientali ed il contesto relazionale di riferimento;
- compilare la seconda parte della scheda di segnalazione, contenente le notizie provenienti dal MMG, dal Servizio sociale e dai Servizi di Cure Domiciliari e a metterla a disposizione del reparto presso il quale è ricoverato il paziente.

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

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

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

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

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

A. in strutture dedicate alla riabilitazione o alla lungodegenza, preferibilmente individuate a livello aziendale, anche a seguito della riorganizzazione dei posti letto ospedalieri e con la creazione di strutture di cure intermedie, dedicate a pazienti stabili, ma non guariti e clinicamente complessi, che necessitano ancora di cure, controllo clinico, terapia 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);
B. al domicilio attraverso le cure domiciliari, in assenza di problematiche socio- assistenziali ed ambientali. In tal caso, definito il progetto riabilitativo, clinico ed assistenziale condiviso tra specialisti ospedalieri, medico di medicina generale e medico del distretto, il N.D.C.C. si attiva per verificare la disponibilità di una idonea rete famigliare di supporto, per attivare un'assistenza tutelare a domicilio, per provvedere alla fornitura di presidi ed ausilii, di materiale di uso sanitario e farmaci necessari all'assistenza domiciliare.
In particolare, al momento della dimissione lo specialista ospedaliero ed il medico di medicina generale concorderanno i tempi e le modalità di collaborazione e dovrà essere definita la massima possibilità di comunicazione diretta fra le due figure mediche.

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

Il referente territoriale (infermiere "case manager") del N.D.C.C.:
1. entro il giorno successivo all'approvazione del Direttore di Distretto:
- invia, tramite fax o e-mail, copia del Progetto Individuale di continuità assistenziale al Servizio di Cure Domiciliari o alla struttura sanitaria ed al MMG, indicando la data delle dimissioni;
- predispone e/o controlla la logistica per il trasporto del malato;
- informa i familiari dei possibili percorsi organizzativi per la dotazione necessaria di beni sanitari per la gestione assistenziale dopo la dimissione, con particolare riguardo:
- alla fornitura di protesi e ausili;
- alle persone di riferimento della ASL che "prenderanno in carico" l'assistito.
2. entro la data di dimissione:
- predispone l'accoglienza del paziente per la data/ora di dimissione stabilite;
- verifica la disponibilità delle risorse e programma le attività definite nel piano di dimissione;
- assicura le forniture necessarie (presidi/ausili) utili nelle prime 24 ore.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DATI DI PRODUZIONE E PRESA IN CARICO

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

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

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

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

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

Obiettivi del progetto

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

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

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

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

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

Durata del progetto

annuale

PIANO DI VALUTAZIONE

Obiettivo Generale	Incremento della presa in carico in strutture di Cure Intermedie a Valenza Sanitaria e in Cure Domiciliari dei pazienti in dimissione ospedaliera
Indicatore/i di risultato	I. % n° schede di Brass >10 / n° segnalazioni a NDCC II. tempo trascorso tra inizio ricovero e segnalazione del caso a NDCC III. tempo trascorso tra indicazione data di dimissione e presa in carico da NDCC IV. % n° casi segnalati a NDCC / n° casi presi in carico V. % n° dimissioni in cure domiciliari e in CAVS / n° scheda di Brass >10 VI. % n° casi con ri-ricovero in H su totale n° assistiti presi in carico in cure domiciliari VII. % n° casi con ri-ricovero in H / totale n° assistiti presi in carico in CAVS VIII. % n° familiari/care giver addestrati all'autogestione del caso / n° totale dei casi
Standard di processo	I. **100**% Brass >10 / n° segnalazioni a NDCC II. **90**% dei casi segnalati a NDCC entro i termini stabiliti (24 ore) III. **100**% dei casi segnalati presi in carico da NDCC entro i termini stabiliti (72 ore) IV. **90** % del n° casi presi in carico V. **90**% di dimissioni in cure domiciliari e in CAVS con scheda di Brass >10 VI. **10**% n° casi con ri-ricovero in H presi in carico in cure domiciliari VII. **10**% n° casi con ri-ricovero in H presi in carico in CAVS VIII. **80**% n° familiari/care giver addestrati all'autogestione del caso in cure domiciliari / n° totale dei casi dimessi in cure domiciliari

Obiettivo Specifico 1	Introduzione operativa del nuovo modello in tutti i Distretti e Presidi Ospedalieri
Indicatore/i di risultato	100% applicazione modello
Standard di risultato	100% applicazione modello

Obiettivo Specifico 2	Formazione di tutti gli operatori interessati all'utilizzo di criteri di individuazione delle priorità in previsione di accettazione dei pazienti in dimissione secondo i diversi luoghi di cura di destinazione (a partire dal MMG/PLS, alle cure domiciliari, alla riabilitazione, alle case di cura, ecc.) e secondo intensità delle cure previste
Indicatore/i di risultato	Numero 7 interventi formativi
Standard di risultato	Numero 5 interventi formativi

Obiettivo Specifico 3	Creazione di un sistema informatico/ivo per la gestione e la rilevazione di informazioni qualitative, di processo e di esito
Indicatore/i di risultato	% n° assistiti inseriti nel sistema informativo / n° totale degli assistiti presi in carico
Standard di risultato	100% dei casi segnalati e presi in carico deve essere tracciabile il percorso di dimissione

Cronoprogramma di realizzazione

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

8. RIORGANIZZAZIONE, RIQUALIFICAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

ASL AL

Distretti: Alessandria – Valenza / Acqui - Ovada / Casale M. / Novi L. - Tortona

Sottolivello assistenziale: Assistenza a domicilio

Responsabile: Direttore Distretto

Corresponsabili: Medici ed Infermieri del Distretto

Denominazione del progetto di miglioramento:
RIORGANIZZAZIONE, RIQUALIFICAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

Descrizione ed analisi del problema

Le dinamiche demografiche ed epidemiologiche evidenziano la tendenza all'invecchiamento della popolazione e l'incremento di patologie croniche invalidanti. Dall'analisi dei profili di salute rispetto ad alcune patologie croniche ad elevato impatto sanitario, infatti, emerge il notevole numero di pazienti in trattamento con farmaci antidiabetici, con farmaci ipertensivi, ultrasessantacinquenni affetti da scompenso cardiaco, ultrasessantacinquenni affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO); dato inoltre rilevante è rappresentato dal numero di ultrasessantacinquenni affetti da almeno 3 patologie croniche.

Nel 2014 i casi di anziani trattati in modo multi professionale sono n. 4.426, pari al 3,7% della popolazione anziana (=>65 anni). L'obiettivo regionale di attività era fissato al 4% dall'Addendum al Piano di rientro e dall'Azione 14.4.3 dei P.O.2013-2015.

L'analisi dei dati relativi al coefficiente di intensità assistenziale evidenzia che il volume complessivo d'attività di n. 14.003 casi trattati ed è costituito per il 55% (n. 7.706) dalle cosiddette "cure domiciliari prestazionali" (occasionali o cicliche o programmate) e dal 18,3% (n. 2.554) da cure domiciliari integrate di primo livello, a bassa intensità assistenziale. Pertanto, solo il 26,7% (n. 3.743) rientra tra le domiciliari integrate a media ed alta intensità assistenziale.

Il dato riguardante i casi con basso coefficiente di intensità assistenziale sproporzionato rispetto agli altri coefficienti indica un impegno del servizio e degli operatori principalmente in cure domiciliari di livello zero e primo e fa supporre:

1) la mancata presa in carico a livello distrettuale dei profili di cura più complessi;
2) la presenza elevata di cure domiciliari di tipo prestazionale, rispetto a forme complesse e avanzate di cura.

È, quindi, fondamentale considerare che per assistere a casa malati a complessità assistenziale elevata, affetti da pluri-patologie cronico-degenerative, in molti casi ad evoluzione irreversibile, è **necessaria l'introduzione di modelli assistenziali nuovi**, che contemplino **interventi flessibili e mutabili** nel tempo, **a differente intensità di cura** e tali da richiedere di **un'assistenza, estesa nelle 24 ore,** da parte di una **équipe integrata anche da professionalità specialistiche**.

Descrizione del progetto e delle attività

Il progetto prevede attività mirate a:

- l'**identificazione precoce dei malati**, con un modello si **sorveglianza proattiva**, attraverso strumenti nuovi come la predisposizione di registri di malati che "si avviano alla fine della vita" o come la definizione preliminare di elementi (connessi ai quadri patologici, all'autonomia fisica e cognitiva, al supporto familiare) che consentano di identificare precocemente malati con bisogni assistenziali potenzialmente complessi e, quindi, attivare forme di controllo adeguate;
- garantire **continuità di cura ospedale - territorio**, ripensando al rapporto con l'ospedale, superando rigidità organizzative con la pianificazione della dimissione ospedaliera (da considerare come un

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

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

CASISTICA DELLE SITUAZIONI COMPLESSE ASSISTIBILI AL DOMICILIO	
1. Persone fragili in condizione di disabilità, comorbilità, polipatologia, che si trovano nella fase postacuta a seguito di:	- fratture di femore, protesi d'anca, di ginocchio, politrauma - amputazione di arto - insufficienze d'organo - scompenso metabolico - complicanze settiche di ferite chirurgiche - quadri settici complicati - laringectomia - tracheostomia
2. Persone affette da patologie neurologiche:	- malattie cerebrovascolari, esiti di ictus cerebri - patologie neurologiche progressive o evolutive del SNC- SNP: neurodegenerative specifiche (morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson; atrofia multi-sistemica (MSA); sclerosi multipla (SM), corea di Huntington - malattie del motoneurone - stati vegetativi, di minima coscienza
3. Persone in fase avanzata di malattia per le quali sono indicate le cure palliative con intensità differenziata (cure di supporto, di fine vita):	- malati oncologici - malati non oncologici: - scompenso cardiaco cronico - insufficienza respiratoria cronica con particolare riferimento a pazienti che necessitano di assistenza alla ventilazione e /o di terapia continuativa - evoluzione di malattie neurologiche complesse - evoluzione di demenze, di Parkinson/parkinsonismi e di malattie cerebrovascolari - insufficienza epatica o renale in fase avanzata - insufficienza multi-organo e stati poli-patologici - esiti sfavorevoli di trapianto d'organo - disabilità gravi in esiti ed evoluzione di patologie genetiche malformative, degenerative dell'età neonatale, infantile, giovanile

Segnalazione/Proposta di ammissione

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

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

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

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

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

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

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

Valutazione del caso e Piano Assistenziale Individuale (PAI)

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

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

La valutazione viene effettuata da un team composto da:

- il medico di MG/pediatra LS dell'assistito;

- il medico, il coordinatore infermieristico e un infermiere dell'U.O. di Cure Domiciliari del Distretto;

- l'assistente sociale individuato dall'ente gestore delle funzioni socio-assistenziali;

- altre figure specialistiche collegate alla valutazione del singolo caso.

L'UVM svolge i seguenti compiti:

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

All'interno del team sono individuati:

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

La gestione del Progetto Assistenziale Individuale (PAI)

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

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

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

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

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

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

Accertamenti diagnostici e consulenze specialistiche

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

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

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

La fase di rivalutazione/monitoraggio

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

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

La dimissione

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

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

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

di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del progetto assistenziale individuale;

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

oltre alle dimissioni per decesso della persona assistita.

La qualità del servizio

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

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

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

La formazione e l'aggiornamento del personale

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

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

- ai responsabili dei Distretti e delle Direzioni Mediche dei P.O per lo sviluppo di competenze nell'ambito dell'organizzazione e gestione integrata dei servizi;

- ai medici MG/pediatri LS, ai medici e agli infermieri dei Distretti, ai medici e agli infermieri dei Reparti dei P.O. per lo sviluppo di competenze nell'ambito delle funzioni di valutazione integrata, presa in carico degli utenti e verifica dei progetti personalizzati;

- alle figure professionali sociali per lo sviluppo di competenze nell'ambito del lavoro di assistenza e tutela a domicilio.

Obiettivi

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

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

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

Durata del progetto

annuale

PIANO DI VALUTAZIONE

Obiettivo Generale	Introduzione di un modello organizzativo per l'assistenza dei pazienti mediante cure domiciliari
Indicatore/i di risultato	I. **%** malati assistiti >= 65 anni / residenti >= 65 anni II. **%** - malati assistiti >= 75 anni / residenti >= 75 anni III. **%** malati deceduti per anno a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla rete di Cure palliative a domicilio / malati deceduti per malattia oncologica per anno IV. n° giornate / anno di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) V. **%** di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3 gg / numero malati curati a domicilio con assistenza conclusa
Standard di risultato	I. **4%** malati assistiti >= 65 anni / residenti >= 65 anni presi in carico in cure domiciliari II. **7%** malati assistiti >= 75 anni / residenti >= 75 anni presi in carico in cure domiciliari III. **45%** malati deceduti per anno a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio / malati deceduti per malattia oncologica per anno IV. **2.475** giornate / anno di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) V. **80%** di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3 gg / numero malati curati a domicilio con assistenza conclusa

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

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

Cronoprogramma di realizzazione

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

9. PROGETTO SANITARIO DI INIZIATIVA "INFERMIERE DI FAMIGLIA"

ASL AL
Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
Sottolivello assistenziale: 20801
Responsabile: Direttore Distretto
Corresponsabili: Coordinatori Infermieristici Territoriali
Denominazione del progetto di miglioramento: PROGETTO SANITARIO DI INIZIATIVA "INFERMIERE DI FAMIGLIA"
Descrizione ed analisi del problema La ricerca dell'equilibrio tra performance clinica e vincoli economici è un imperativo che induce gli operatori della sanità a una continua valutazione dei diversi modelli assistenziali al fine di individuare, pur nel perseguimento della massima qualità dell'assistenza, delle soluzioni economicamente più sostenibili. Inoltre, negli ultimi anni si è assistito a un importante cambiamento dei bisogni assistenziali della popolazione. In particolare, l'aumento della frequenza di patologie croniche quali ad esempio le patologie neurologiche, cardiovascolari, tumorali, ecc., ha condotto ad una progressiva necessità di assistere il paziente dopo la dimissione dell'ospedale e a un prolungamento del bisogno di assistenza, anche quando le cure non sono più possibili. **Descrizione del progetto e delle attività** Sulla base delle valutazioni sopra esposte, si intende adottare un modello assistenziale di cui si riportano i punti salienti: 1) attuazione di un modello di assistenza proattiva, che sia capace di andare incontro al cittadino, raccogliendo la sua domanda di salute (manifesta) anche quando è inespressa (latente) e prima che evolva in un aggravamento o una complicanza. 2) presa in carico dei cittadini portatori di patologie croniche. 3) attuazione di stretta sinergia tra Medico di Medicina Generale e Infermiere di Famiglia, al fine di condividere la conoscenza dei pazienti e monitorarne le specifiche necessità di salute. 4) organizzazione di counseling infermieristici individuali o di gruppo, educando i pazienti all'autocura, attraverso una maggiore conoscenza della propria malattia e della sua gestione. 5) elaborazione di strategie di assistenza complesse, programmando nel tempo visite mediche, esami diagnostici, controlli da effettuare rispetto alle terapie somministrate. 6) identificazione delle aree di miglioramento e di prevenzione, attraverso l'adozione e la promozione di corretti stili di vita (abitudini alimentari, attività fisica…). 7) co – progettazione con le famiglie dei piani di assistenza individualizzati, fornendo consulenza per l'assistenza e per le migliorie strutturali abitative. 8) individuazione di strategie di sollievo per gestire situazioni a rischio, causate da scompenso emotivo e da stanchezza, attivando risorse territoriali (servizi socio – assistenziali, associazioni del territorio, reti amicali e vicinali…). 9) verificare la qualità delle azioni intraprese attraverso la raccolta sistematica dei dati, in base ad indicatori condivisi.
Obiettivi *Obiettivo Generale:* Adottare un modello assistenziale proattivo che assicuri le migliori performance organizzative e la sostenibilità economica presso il territorio di riferimento *Obiettivo Specifico 1:* Adozione del modello assistenziale proattivo nell'ambito distrettuale di Casale Monferrato *Obiettivo Specifico 2:* Adozione del modello assistenziale proattivo nell'ambito distrettuale di Novi Ligure – Tortona *Obiettivo Specifico 3:* Adozione del modello assistenziale proattivo sull'intero ambito provinciale

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Adottare un modello assistenziale proattivo che assicuri le migliori performance organizzative e la sostenibilità economica
Indicatore/i di risultato	1. Incremento % dei pazienti con patologie croniche presi in carico con modello assistenziale proattivo 2. Riduzione % accessi al Pronto Soccorso 3. Riduzione % giornate di ricovero inappropriate
Standard di risultato	1. >= 10 % di incremento dei pazienti con patologie croniche presi in carico con modello assistenziale proattivo 2. >= 10 % di riduzione accessi al Pronto Soccorso 3. >= 10 % di riduzione giornate di ricovero inappropriate

Obiettivo Specifico 1	Adozione del modello assistenziale proattivo nell'ambito distrettuale di Casale Monferrato
Indicatore/i di risultato	Periodo temporale entro cui adottare modello assistenziale proattivo
Standard di risultato	31 marzo 2016 adozione modello assistenziale proattivo

Obiettivo Specifico 2	Adozione del modello assistenziale proattivo nell'ambito distrettuale di Novi Ligure – Tortona
Indicatore/i di risultato	Periodo temporale entro cui adottare modello assistenziale proattivo
Standard di risultato	31 giugno 2016 adozione modello assistenziale proattivo

Obiettivo Specifico 3	Adozione del modello assistenziale proattivo sull'intero ambito provinciale
Indicatore/i di risultato	Periodo temporale entro cui adottare modello assistenziale proattivo
Standard di risultato	31 settembre 2016 adozione modello assistenziale proattivo

Cronoprogramma di realizzazione

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

10. RETE DI AMBULATORI INFERMIERISTICI DI VULNOLOGIA

ASL AL
Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
Sottolivello assistenziale: 20801
Responsabile: Direttore Distretto
Corresponsabili: Coordinatori Infermieristici Territoriali
Denominazione del progetto di miglioramento: RETE DEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI DI VULNOLOGIA
Descrizione ed analisi del problema Le lesioni croniche e acute, la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione rappresentano, in ambito ospedaliero e domiciliare un rilevante problema di assistenza sanitaria, che richiede un notevole impegno di gestione in termini di risorse umane, materiali e tecnologiche. Tale problema è destinato ad aumentare parallelamente con l'aumentare dell'età della popolazione, sempre più frequentemente portatrice di patologie croniche e invalidanti. **Descrizione del progetto e delle attività** Per offrire una assistenza ottimale a questa tipologia di pazienti, che comprenda anche l'aspetto della prevenzione ed educazione alla salute, è intenzione attivare una rete di ambulatori infermieristici di Wound Care (cura delle ferite) in tutto il territorio dell'ASL, gestito da personale infermieristico che, nel rispetto delle proprie e altrui competenze, applicando i protocolli aziendali e le linee guida più recenti, collaborerà con i referenti e/o i responsabili degli ambulatori specialistici, con gli specialisti del territorio, i MMG e i colleghi delle altre strutture. Questa rete ambulatoriale è un'opportunità che l'ASL offre ai cittadini portatori di lesioni cutanee che necessitano della consulenza e assistenza di un infermiere esperto in cura delle ferite. Ciò avviene attraverso la presa in carico della persona/utente, la valutazione dei bisogni assistenziali dei singoli, l'uso di metodologie di lavoro, la conoscenza dei nuovi materiali di medicazione e dei presidi, l'utilizzo di strumenti di pianificazione per obiettivi e di strumenti informativi aggiornati (cartella infermieristica, schede di valutazione…). Costituiscono obiettivi prioritari del progetto: - il miglioramento dell'accessibilità e della fruibilità dei cittadini ai servizi sanitari al fine di ricevere prestazioni di assistenza primaria focalizzata, soprattutto, al trattamento delle lesioni cutanee croniche e complesse; - la creazione un "anello" che assicuri il collegamento tra servizi, ospedale, territorio, in un'ottica di collaborazione multidisciplinare con MMG, AD, specialità ambulatoriali per una ottimale continuità assistenziale; - la garanzia delle risposte appropriate e di qualità, efficaci ed efficienti, ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione; - la promozione di attività di prevenzione (primaria e secondaria) attraverso una buona educazione alla salute (momenti di educazione alla cura della propria persona, counselling, gestione delle cronicità, cura/prevenzione del "piede diabetico", etc.); - lo sviluppo, di conseguenza, nelle persone (nell'ambito delle proprie funzioni) dei processi di auto-cura (self-care) al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole nelle scelte di natura assistenziale (empowerment del paziente); Il servizio è rivolto a pazienti esterni o interni (ricoverati in P.O. o ospiti delle Case di Riposo o altre strutture), che necessitano di una presa in carico per: □ gestione di ulcere varicose degli arti inferiori; □ controllo ferite chirurgiche; □ controllo di esiti di interventi di safenectomia; □ gestione/controllo specialistico di postumi di ferite traumatiche; □ consulenza, prevenzione, trattamento delle LdP (lesioni da pressione); □ counselling ed educazione sanitaria nel post-operatorio (follow-up); □ gestione e organizzazione per la continuità assistenziale ospedale-territorio per il trattamento delle lesioni. La verifica dei risultati attesi verrà fatta utilizzando i seguenti indicatori: □ riduzione liste d'attesa per i controlli e le medicazioni ripetute; □ presa in carico del paziente da parte degli operatori;

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

Obiettivi

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

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

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

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

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

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Realizzazione degli ambulatori infermieristici di vulnologia nel territorio dell'ASL AL, finalizzati al miglioramento delle performance del sistema assistenziale per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione presso l'intero ambito territoriale dell'ASL AL
Indicatore/i di risultato	Copertura del fabbisogno espresso (richieste pervenute) della popolazione di tutta l'ASL
Standard di risultato	Gestione 90 % richieste pervenute

Obiettivo Specifico 1	Presentazione del progetto al personale medico ed infermieristico di Ospedale e Territorio per l'illustrazione del percorso
Indicatore/i di risultato	Presentazione progetto
Standard di risultato	Effettuazione di almeno un incontro per la presentazione del progetto in ogni ambito territoriale dell'ASLAL

Obiettivo Specifico 2	Attivazione dell'Ambulatorio Vulnologico presso i territori di Casale e di Alessandria / Valenza
Indicatore/i di risultato	Attivazione Ambulatorio negli ambiti territoriali di Casale e Alessandria / Valenza
Standard di risultato	Ambulatorio attivato secondo il cronoprogramma di attività

Obiettivo Specifico 3	Attivazione dell'Ambulatorio Vulnologico presso i territori di Acqui / Ovada e Novi / Tortona
Indicatore/i di risultato	Attivazione Ambulatorio negli ambiti territoriali di Acqui / Ovada e Novi / Tortona
Standard di risultato	Ambulatorio attivato secondo il cronoprogramma di attività

Obiettivo Specifico 4	Miglioramento delle performance del sistema assistenziale per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione nell'intero ambito territoriale dell'ASL AL
Indicatore/i di risultato	Verifica tempi liste d'attesa per controlli e medicazioni Verifica N pazienti presi in carico Compliance terapeutica del paziente e dei care giver Complicanze e ricoveri ripetuti nei casi presi in carico Verifica spesa di materiali e ausili
Standard di risultato	Riduzione tempi di attesa controlli e medicazioni ripetute 90 % pazienti presi in carico rispetto al fabbisogno espresso (richieste pervenute) Migliore compliance terapeutica del paziente e dei care giver Riduzione del 10% delle complicanze e riduzione del 10% dei ricoveri ripetuti nei casi presi in carico Razionalizzazione della spesa di materiali e ausili

Cronoprogramma di realizzazione

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

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

ASL AL

Distretto: ACQUI-OVADA (studio pilota), estendibile ai rimanenti Distretti ASL AL

Sottolivello assistenziale: Assistenza domiciliare, cure primarie

Responsabile: Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore del Distretto

Corresponsabili: Medici di Medicina Generale, Infermieri di Famiglia

Denominazione del progetto di miglioramento: PRESA IN CARICO DEL CITTADINO FRAGILE CON PATOLOGIE CRONICHE IN POLI TERAPIA AL FINE DEL MIGLIORAMENTO DELL'ADERENZA TERAPEUTICA E DEL BILANCIO DI SALUTE

Descrizione ed analisi del problema

Le dinamiche demografiche, caratterizzate dal progressivo invecchiamento della popolazione, ed il contesto sanitario, che mostra un incremento delle patologie croniche costituiscono gli elementi che inducono a definire modelli di organizzazione assistenziale di presa in carico dei soggetti fragili.

Descrizione del progetto e delle attività

In linea con quanto sopra esposto, ed alla luce delle indicazioni della DGR - Regione Piemonte n. 12-2012 del 5 agosto 2015, relativa agli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi attribuiti ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, il gruppo di lavoro Ospedale-Territorio dell'ASL AL ha elaborato un piano di azione articolato su tre progetti principali, volti all'adeguamento della rete ospedaliera e alla riqualificazione territoriale con il fine ultimo di implementare la presa in carico e l'accoglienza del *cittadino fragile.*

Il Progetto si propone di implementare:

- Un approccio che orienti l'attenzione verso le modalità assistenziali di *medicina di iniziativa* e *di prossimità* offrendo le cure più appropriate al cittadino in un'ottica *di azione preventiva* e non *di attesa*;
- L'*empowerment* del cittadino attraverso la promozione di corretti stili di vita;
- La completa applicazione del concetto di multi-professionalità, inteso come collaborazione tra professionisti sanitari in particolare Medici di Medicina Generale (MMG), Medici Specialisti e Infermieri di famiglia.

Il Distretto di Ovada, considerate le caratteristiche epidemiologiche, sarà coinvolto nello studio della durata prevista di circa un anno (dicembre 2015-dicembre 2016). Farà seguito l'estensione del Progetto a tutti i Distretti dell'ASL AL.

Al fine di raggiungere gli obiettivi riportati sopra, il Progetto sarà articolato su tre cardini:

- Organizzazione e attivazione di un **"Centro di Accoglienza delle Fragilità"**, strutturato in modo multi-disciplinare (Medico di Medicina Generale, Medico Ospedaliero e Territoriale, Psicologo, Assistente Sociale, Fisioterapista, Infermiere, Infermiere di Famiglia e personale di supporto) per la presa in carico dei destinatari del Progetto e delle loro famiglie;
- **Azione di prioritarizzazione per un corretto uso dei farmaci**, con l'obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica in pazienti con policronicità e in politerapia farmacologica. A tal fine saranno attivati specifici programmi volti al miglioramento degli stili di vita e alla riduzione programmata e condivisa con il paziente delle terapie in atto (studio osservazionale *Primavengoio,* approvato dal Comitato Etico Interaziendale in data 15/10/2015);
- **Attivazione di quattro posti letto di osservazione breve territoriale (O.B.T.)** gestiti dai MMG con vigilanza infermieristica, ubicati nel Presidio Ospedaliero, da utilizzarsi nei casi prestabiliti dal Progetto e per un periodo massimo di osservazione di 24 ore.

Il Piano di azione prevede l'utilizzo degli indicatori di seguito riportati:

1) Indicatori Centro Accoglienza Fragilità – O.B.T.

Gli indicatori di esito saranno suddivisi nelle seguenti categorie:

A. Indicatori di Salute/Malattia

Patient reported outcomes:

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

B. Indicatori di Aderenza Terapeutica

Indice di Morisky:

- N pazienti aderenti a t.0 / N pazienti aderenti a t.1-t.2
- N pazienti per letto / 365 gg.
- N giornate utilizzo letto / 365 gg.

2) Indicatori PRIMAVENGOIO

Gli indicatori di esito saranno suddivisi nelle seguenti categorie:

A. Indicatori di Aderenza Terapeutica

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

B. Indicatori di Salute/Malattia

Patient reported outcomes:

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

C. **Indicatori di Utilizzo**

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

Obiettivi

Obiettivo Generale: Incremento della presa in carico e dell'accoglienza del cittadino fragile
Obiettivo Specifico 1: Organizzazione e attivazione del "Centro di Accoglienza delle Fragilità"
Obiettivo Specifico 2: Azione di prioritarizzazione per un corretto uso dei farmaci, con l'obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica in pazienti con policronicità e in politerapia farmacologica
Obiettivo Specifico 3: Attivazione di quattro posti letto di osservazione breve territoriale (O.B.T.)

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Incremento della presa in carico e dell'accoglienza del cittadino fragile
Indicatore/i di risultato	1. Incremento % dei pazienti con patologie croniche presi in carico con modello assistenziale 2. Riduzione % accessi al Pronto Soccorso 3. Riduzione % giornate di ricovero inappropriate
Standard di risultato	1. 20 % incremento pazienti con patologie croniche presi in carico con modello assistenziale proattivo * 2. 10 % riduzione accessi al Pronto Soccorso * 3. 10 % riduzione giornate di ricovero inappropriate *

*Considerato il progetto innovativo nelle sue caratteristiche ed in mancanza di dati in letteratura, gli standard saranno rivalutati sulla base dei risultati ottenuti

Obiettivo Specifico 1	Organizzazione e attivazione del "Centro di Accoglienza delle Fragilità"
Indicatore/i di risultato	Attivazione Centro Verifica Indicatori di esito
Standard di risultato	100% Centro attivato entro il 01.03.2016 80 % soddisfacimento indicatori di esito

Obiettivo Specifico 2	Azione di prioritarizzazione per un corretto uso dei farmaci, con l'obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica in pazienti con policronicità e in politerapia farmacologica
Indicatore/i di risultato	Attivazione *PRIMAVENGOIO* Verifica Indicatori di esito
Standard di risultato	*100% PRIMAVENGOIO* attivato entro il 01.03.2016 80 % soddisfacimento indicatori di esito

Obiettivo Specifico 3	Attivazione di quattro posti letto di osservazione breve territoriale (O.B.T.)
Indicatore/i di risultato	Attivazione O.B.T. Verifica Indicatori di esito
Standard di risultato	100% attivazione O.B.T. entro il 01.03.2016 80 % soddisfacimento indicatori di esito

Cronoprogramma di realizzazione

	Tempistica attività (Trimestri a partire dal 4° trimestre 2015)							
	1	2	3	4	5	6		
Attività 1: • Presentazione progetto all'Equipe Territoriale MMG Ovada • Diffusione progetto alla comunità locale								
Attività 2: Inizio attività Centro Accoglienza Fragilità, PRIMAVENGOIO, O.B.T								
Attività 3: Arruolamento attivo/passivo pazienti cronici								
Attività 4: Verifica indicatori di processo e di esito								
Attività 5: Riunioni periodiche con personale coinvolto per divulgazione dati								

PROGRAMMA DELLE ATTIVITA' TERRITORIALI – P.A.T.

(D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015)

ANNO 2016

DISTRETTO DI ALESSANDRIA - VALENZA

INDICE

IL DISTRETTO DI ALESSANDRIA VALENZA PAG. 3

STRUTTURE SANITARIE TERRITORIALI PAG. 11

PROGRAMMAZIONE ANNO 2016 PAG. 14

LEGENDA PAG. 16

ALLEGATO 2 – LO SCHEMA DEL PAT PAG. 17

ALLEGATO 3 - SCHEDE PROGETTUALI PAG. 24

Sede legale: Viale Giolitti,2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

IL DISTRETTO DI ALESSANDRIA - VALENZA

Comune	ex Distretto	DISTRETTO	Popolazione 31.12.2013	Superficie (kmq)	Dens. demogr. (ab/kmq)	Z.A.
Alessandria	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	93.805	203,95	459,94	P
Bergamasco	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	743	13,30	55,86	C
Borgoratto Alessandrino	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	617	9,79	63,02	P
Bosco Marengo	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	2.450	44,77	54,72	P
Carentino	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	347	9,81	35,37	C
Casal Cermelli	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	1.240	11,73	105,71	P
Castellazzo Bormida	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	4.676	45,10	103,68	P
Castelletto Monferrato	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	1.576	9,43	167,13	C
Castelspina	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	423	5,47	77,33	P
Felizzano	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	2.375	25,18	94,32	P
Frascaro	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	441	5,26	83,84	C
Frugarolo	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	2.002	27,27	73,41	P
Fubine	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	1.658	25,52	64,97	C
Gamalero	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	868	12,20	71,15	C
Masio	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	1.430	22,32	64,07	P
Montecastello	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	325	7,62	42,65	C
Oviglio	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	1.286	27,31	47,09	P
Pietra Marazzi	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	918	7,83	117,24	C
Piovera	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	874	15,64	55,88	P
Predosa	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	2.074	32,91	63,02	P
Quargnento	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	1.427	36,20	39,42	P
Quattordio	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	1.663	17,79	93,48	P
Sezzadio	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	1.313	34,00	38,62	P
Solero	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA-VALENZA	1.624	22,73	71,45	P
Bassignana	VALENZA	ALESSANDRIA-VALENZA	1.764	28,10	62,78	P
Cuccaro Monferrato	VALENZA	ALESSANDRIA-VALENZA	347	5,35	64,86	C
Lu	VALENZA	ALESSANDRIA-VALENZA	1.160	21,74	53,36	C
Pecetto di Valenza	VALENZA	ALESSANDRIA-VALENZA	1.252	11,45	109,34	C
Rivarone	VALENZA	ALESSANDRIA-VALENZA	367	6,08	60,36	P
San Salvatore Monf.	VALENZA	ALESSANDRIA-VALENZA	4.384	31,64	138,56	C
Valenza	VALENZA	ALESSANDRIA-VALENZA	19.492	50,05	389,45	P
TOTALE		ALESSANDRIA-VALENZA	154.921	828	187,21	

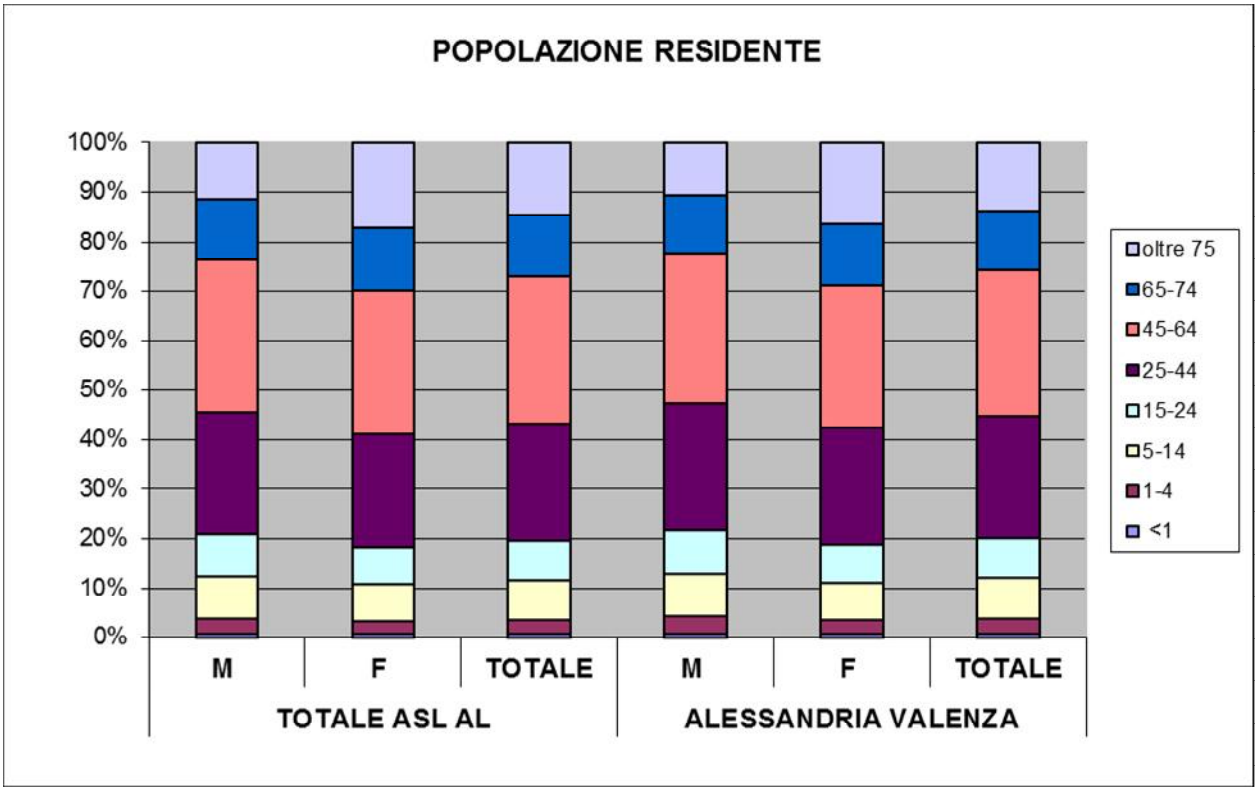
	n°	%
COMUNI	**31**	
di cui pianura	19	61,3%
di cui collina	12	38,7%
di cui montagna	0	0,0%

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

POPOLAZIONE RESIDENTE AGGIORNATA AL 31.12.2014

Fonte dati: BDDE Regione Piemonte

Fascia di età	TOTALE ASL AL			ALESSANDRIA VALENZA		
	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE
<1	1.533	1.430	2.963	606	544	1.150
1-4	6.841	6.299	13.140	2.515	2.310	4.825
5-14	17.921	17.036	34.957	6.459	6.149	12.608
15-24	18.392	17.488	35.880	6.539	6.189	12.728
25-44	52.818	52.179	104.997	18.979	18.987	37.966
45-64	65.775	66.690	132.465	22.372	23.158	45.530
65-74	26.098	29.174	55.272	8.604	10.113	18.717
oltre 75	24.664	39.735	64.399	7.994	13.153	21.147
TOTALE	**214.042**	**230.031**	**444.073**	**74.068**	**80.603**	**154.671**

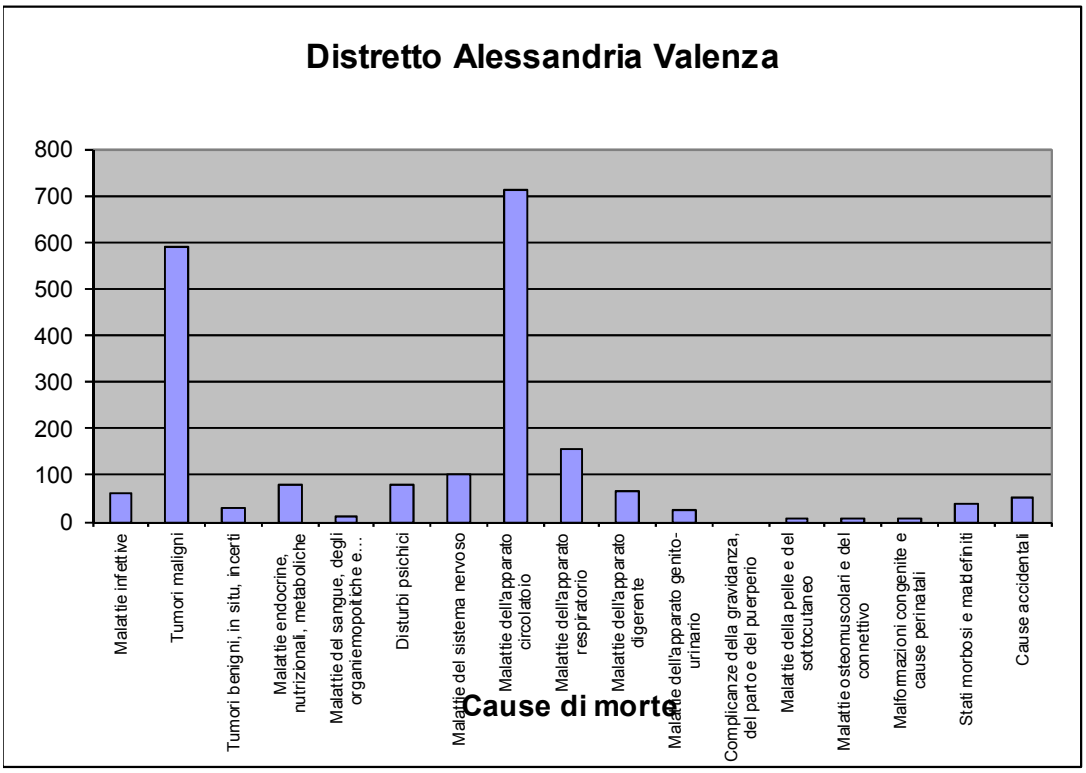


ESENZIONI TICKET – DISTRETTO ALESSANDRIA - VALENZA

DISTRETTO DI ALESSANDRIA E VALENZA

	Esenti Patol. Croniche			Esenti Patol. Rare			Esenti Invalidità		
	casi	% Distretto su pop	% ASLAL su pop	casi	% Distretto su pop	% ASLAL su pop	casi	% Distretto su pop	% ASLAL su pop
0 anni	12	1,0%	1,4%	1	0,1%	0,2%	-	0,0%	0,0%
1 - 4 anni	89	1,8%	2,5%	20	0,4%	0,4%	16	0,3%	0,2%
5 - 14 anni	384	3,0%	3,1%	109	0,9%	1,0%	139	1,1%	1,0%
15 - 44 anni	3.715	7,3%	7,5%	357	0,7%	0,8%	809	1,6%	1,7%
45 - 64 anni	13.735	30,2%	29,6%	316	0,7%	0,7%	2.300	5,1%	5,0%
65 - 74 anni	11.278	60,3%	58,0%	117	0,6%	0,6%	1.718	9,2%	9,3%
75 anni e oltre	13.460	63,6%	60,6%	45	0,2%	0,2%	4.217	19,9%	21,9%
TOTALE	42.673	27,6%	27,5%	963	0,6%	0,7%	9.198	5,9%	6,4%

CAUSE DI MORTE ANNO 2012 FONTE DATI REGIONE PIEMONTE	ALESSANDRIA VALENZA		
	Maschi	Femmine	Totale
Malattie infettive	20	40	60
Tumori maligni	329	260	589
Tumori benigni, in situ, incerti	15	15	30
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	29	48	77
Malattie del sangue, degli organiemopoitiche e disordini immunitari	5	5	10
Disturbi psichici	28	53	81
Malattie del sistema nervoso	44	58	102
Malattie dell'apparato circolatoio	292	419	711
Malattie dell'apparato respiratorio	80	74	154
Malattie dell'apparato digerente	32	35	67
Malattie dell'apparato genito-urinario	10	15	25
Complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio	0	0	0
Malattie della pelle e del sottocutaneo	1	5	6
Malattie osteomuscolari e del connettivo	2	6	8
Malformazioni congenite e cause perinatali	5	2	7
Stati morbosi e maldefiniti	11	28	39
Cause accidentali	33	19	52
TOTALE	**936**	**1082**	**2018**



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

	Distretto di Alessandria-Valenza	
	2014	2015
	Totale anno	1 semestre
TOTALE COMPLESSIVO DO + DH	**25.061**	**12.501**
TOTALE PIEMONTE	**22.338**	**11.139**
- di cui ASL AL	2.371	1.115
OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	*1.202*	*534*
OSPEDALE DI TORTONA	*397*	*178*
OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	*553*	*312*
OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	*191*	*77*
OSPEDALE CIVILE DI OVADA	*28*	*14*
- di cui AZIENDA OSPEDALIERA SS.ANTONIO E BIAGIO-C.ARRIGO	15.436	7.721
- di cui CASE DI CURA PRIVATE PROV. AL	3.346	1.778
- di cui ALTRI REGIONE PIEMONTE	1.185	525
FUORI REGIONE (dato 2013)	2.723	1.362

Popolazione 2014 - da BDDE Regione Piemonte	**154.671**	**154.671**
Popolazione 2014 PESATA ASS OSPEDALIERA	**163.797**	**163.797**

TASSO OSPEDALIZZAZIONE COMPLESSIVO - POP PESATA	**153,00**	**153,90**
TASSO OSPEDALIZZAZIONE EROGATORI REGIONE PIEMONTE	**136,38**	**137,14**
- di cui ASL AL	**14,48**	**13,73**
- di cui AZIENDA OSPEDALIERA SS.ANTONIO E BIAGIO-C.ARRIGO	**94,24**	**95,06**
- di cui CASE DI CURA PRIVATE PROV. AL	**20,43**	**21,89**
TASSO OSPEDALIZZAZIONE STRUTTURE EXTRAREGIONE (2013)	**16,62**	**16,76**

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

Sede legale: Viale Giolitti,2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

OSPEDALIZZAZIONE RESIDENTI DISTRETTO ALESSANDRIA - VALENZA (RICOVERI ORDINARI + DH)

	ANNO 2014											
	EROGATORE											
DISCIPLINA	TOTALE	PIEMONTE	PPOO ASLAL	OSPEDALE CASALE M.	OSPEDALE TORTONA	OSPEDALE NOVI L.	OSPEDALE ACQUI T.	OSPEDALE OVADA	ASO AL	PRIVATI ASL AL	ALTRO PIEMONTE	EXTRAREG
ALESSANDRIA VALENZA	25.061	22.338	2.371	1.202	397	553	191	28	15.436	3.346	1.185	2.723
01 - ALLERGOLOGIA	1	1	1			1					0	0
02 - DAY HOSPITAL	31										0	31
05 - ANGIOLOGIA	1										0	1
06 - CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	12	10									10	2
07 - CARDIOCHIRURGIA	148	121							58	59	4	27
08 - CARDIOLOGIA	1.679	1.609	92	56	16	18	2		906	573	38	70
09 - CHIRURGIA GENERALE	2.184	1.856	293	89	133	31	40		803	639	121	328
10 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	310	291							247		44	19
11 - CHIRURGIA PEDIATRICA	252	223							222		1	29
12 - CHIRURGIA PLASTICA	304	268							259		9	36
13 - CHIRURGIA TORACICA	125	92							86		6	33
14 - CHIRURGIA VASCOLARE	292	256							245		11	36
18 - EMATOLOGIA	312	300							294		6	12
19 - MALATTIE ENDOCRINE E DELLA NUTRIZIONE	158	146							138		8	12
20 - IMMUNOLOGIA	0										0	0
21 - GERIATRIA	689	687							683		4	2
24 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	230	210	17	17					177		16	20
25 - MEDICINA DEL LAVORO	30										0	30
26 - MEDICINA GENERALE	3.081	2.955	328	204	57	41	8	18	2.337	239	51	126
28 - UNITA' SPINALE	49	48							43		5	1
29 - NEFROLOGIA	237	230	6	4		2			216		8	7
30 - NEUROCHIRURGIA	282	224							213		11	58
31 - NIDO	1.156	1.116	76	38		36	2		1.010		30	40
32 - NEUROLOGIA	944	843	68	43	14	11			602	158	15	101
33 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	99	81							80		1	18
34 - OCULISTICA	574	475	54	51	1	2			246	130	45	99
35 - ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	55	53	8	8					42		3	2
36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2.368	2.110	172	81	41	23	27		838	983	117	258
37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2.636	2.359	385	221		104	60		1.840	2	132	277
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	720	627	118	27	72		19		482		27	93
39 - PEDIATRIA	583	490	27		14	13			450		13	93
40 - PSICHIATRIA	513	475	64	58		6			390		21	38
43 - UROLOGIA	1.233	1.099	352	84		244	24		498	161	88	134
47 - GRANDI USTIONATI	2										0	2
48 - NEFROLOGIA (TRAPIANTI DI RENE)	7	4									4	3
49 - TERAPIA INTENSIVA	460	449	177	128	33	10	6		256		16	11
50 - UNITA' CORONARICA	43	39	16	7	7		2		23		0	4
51 - ASTANTERIA	11										0	11
52 - DERMATOLOGIA	33	31									31	2
56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	1.179	858	58	50				8	327	329	144	321
57 - FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA	2										0	2
58 - GASTROENTEROLOGIA	73	56	7	6		1			25		24	17
60 - LUNGODEGENTI	140	128	2					2	41	59	26	12
61 - MEDICINA NUCLEARE	20	20							19		1	0
62 - NEONATOLOGIA	8	3									3	5
64 - ONCOLOGIA	658	595	40	21	9	10			540		15	63
65 - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	47	45									45	2
66 - ONCOEMATOLOGIA	7										0	7
67 - PENSIONATI	38	31	3	2			1		14		14	7
68 - PNEUMOLOGIA	654	622	7	7					609		6	32
69 - RADIOLOGIA	11	1									1	10
70 - RADIOTERAPIA	1	1									1	0
71 - REUMATOLOGIA	77	66							64		2	11
73 - TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	19	19							17		2	0
75 - NEURORIABILITAZIONE	66	51							37	14	0	15
76 - NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	5										0	5
77 - NEFROLOGIA PEDIATRICA	16	2									2	14
78 - UROLOGIA PEDIATRICA	57	57							54		3	0
97 - DETENUTI	5	5							5		0	0
98 - DAY SURGERY MULTISPEC / LAB ANALISI	126										0	126
99 - DIMISSIONE PROTETTA / ALTRE PRESTAZIONI	8										0	8

Sede legale: Viale Giolitti,2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

ANALISI FABBISOGNO ACCESSI PRONTO SOCCORSO

RESIDENTI DISTRETTO DI ALESSANDRIA - VALENZA

Gennaio - Dicembre 2014

FASCE ETA'	Colore Bianco		Colore Verde		Colore Giallo		Colore Rosso		TOTALE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
0 - 6 anni	976	886	2.454	1.771	272	201	13	10	3.716	2.868
7 - 14 anni	442	426	1.790	1.353	165	103	3	5	2.400	1.887
15 - 44 anni	480	453	6.297	6.208	879	2.623	36	21	7.693	9.305
45 - 64 anni	232	198	4.050	3.798	1.289	892	67	27	5.642	4.915
65 - 74 anni	65	64	1.519	1.654	840	678	47	36	2.477	2.433
75 anni ed oltre	49	41	2.110	2.948	1.485	2.096	131	204	3.791	5.315
TOTALE	**2.244**	**2.068**	**18.220**	**17.732**	**4.930**	**6.593**	**297**	**303**	**25.719**	**26.723**

Gennaio - Giugno 2015

FASCE ETA'	Colore Bianco		Colore Verde		Colore Giallo		Colore Rosso		TOTALE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
0 - 6 anni	560	424	1.244	956	134	113	2	9	1.940	1.502
7 - 14 anni	277	241	1.007	771	83	60	3	2	1.370	1.074
15 - 44 anni	271	250	3.036	3.044	451	1.209	26	13	3.784	4.516
45 - 64 anni	128	96	2.021	1.863	659	492	38	23	2.846	2.475
65 - 74 anni	34	29	760	832	407	335	45	31	1.250	1.227
75 anni ed oltre	24	26	1.113	1.502	751	1.131	80	126	1.979	2.795
TOTALE	**1.294**	**1.066**	**9.181**	**8.968**	**2.485**	**3.340**	**194**	**204**	**13.169**	**13.589**

ASSISTENZA SPECIALISTICA 2014 – 2015 RESIDENTI DISTRETTO ALESSANDRIA - VALENZA

	GEN-GIU 2015					GEN-GIU 2014				
	TIPO PRESTAZIONE					TIPO PRESTAZIONE				
EROGATORE	TOT	LABORATORIO	TAC	RMN	TERAPIA FISICA	TOT	LABORATORIO	TAC	RMN	TERAPIA FISICA
TOT PIEMONTE	**1.270.814**	**919.507**	**5.538**	**6.080**	**19.895**	**1.307.177**	**973.282**	**4.901**	**5.782**	**15.395**
H - DISTRETTO 1 - ACQUI TERME	**3.337**	2.030	15	0	131	**3.727**	2.595	8	0	130
H - DISTRETTO 2 - ALESSANDRIA	**26.203**	439	0	0	0	**26.794**	1.044	0	0	0
H - DISTRETTO 3 - CASALE	**141.689**	124.223	156	103	1.019	**159.764**	146.346	116	154	788
H - DISTRETTO 4 - NOVI LIGURE	**219.453**	215.018	68	116	200	**226.027**	222.043	74	197	150
H - DISTRETTO 5 - OVADA	**1.457**	7	4	0	250	**1.046**	5	4	0	100
H - DISTRETTO 6 - TORTONA	**9.902**	3.304	57	171	190	**10.969**	3.942	65	241	320
H - DISTRETTO 7 - VALENZA	**13.398**	299	0	0	0	**15.758**	487	0	0	0
ASO AL	**688.821**	500.498	2.096	1.565	5.237	**690.746**	514.314	1.296	269	5.005
CASA DI CURA CITTA DI AL	**33.610**	18.265	823	1.257	0	**30.843**	18.204	697	1.588	0
CASA DI CURA "SALUS"	**47.011**	36.703	135	0	0	**54.893**	42.806	114	0	0
ST."CENTOCANNONI"	**32.795**	0	2.015	2.700	0	**33.239**	0	2.305	3.109	0
STATIC	**25.055**	0	0	0	12.019	**19.217**	0	0	0	7.933
STUDIO RAD. PONZANO	**1.109**	0	0	0	708	**1.699**	0	0	0	880
STUDIO RADIOLOG. ZORINI	**389**	0	17	0	0	**448**	0	34	0	0
STUDIO RADIOLOGICO DR. FOCO	**706**	0	36	0	0	**787**	0	51	0	0
STUDIO RADIOLOGICO NEWIMA	**114**	0	6	28	0	**121**	0	5	20	0
CASA DI CURA VILLA IGEA	**287**	0	0	0	30	**195**	0	0	0	10
C.C. S.ANNA CASALE	**826**	542	0	39	0	**1.363**	731	0	100	0
LABORATORIO DOTT. QUAGLIA	**4.054**	4.054	0	0	0	**5.323**	5.323	0	0	0
ALTRO REGIONE	**20.598**	14.125	110	101	111	**24.218**	15.442	132	104	79
POPOLAZIONE (non pesata)	**154.671**	154.671	154.671	154.671	154.671	**154.921**	154.921	154.921	154.921	154.921
PREST PER ABITANTE (non pesato)	**16,43**	**11,89**	**7,16**	**7,86**	**25,73**	**16,88**	**12,56**	**6,33**	**7,46**	**19,87**
VAR RISPETTO 2014	***- 0,44***	*- 0,68*	*0,83*	*0,40*	*5,85*					
Indice per ab atteso 2014	**14,52**	**10,25**	**5,15**	**7,88**	**23,30**					

STRUTTURE SANITARIE TERRITORIALI

	n°
Strutture Ambulatoriali extraospedaliere	
a gestione diretta territoriale - distrettuale	**3**
private accreditate	**5**
Totale posti letto RSA accreditati/convenzionati (esclusi p.l. fuori ASL)	**1.374**
Totale posti in Centri Diurni per anziani accreditati/convenzionati	**45**
di cui Centri Diurni Integrati (CDI)	**30**
di cui Centri Diurni Alzheimer Integrati (CDAI)	**15**
Totale posti letto convenzionati per assistenza residenziale disabili (esclusi p.l. fuori ASL)	**134**
Totale posti in Centri Diurni per disabili convenzionati	**145**
Totale posti letto Hospice a gestione diretta	**16**

MEDICINA E PEDIATRIA DI BASE

	n°
Medici di Medicina Generale	**110**
di cui operanti in Medicina di Associazione	**12**
di cui operanti in Medicina di Rete	**32**
di cui operanti in Medicina di Gruppo	**46**
Pediatri di Libera Scelta	**12**
di cui operanti in Medicina di Associazione	**7**
di cui operanti in Medicina di Gruppo	**0**
Continuità Assistenziale – Guardia Medica (numero sedi)	**4**
CENTRI DI ASSISTENZA PRIMARIA (CAP)	**1**
CONSULTORI FAMILIARI	**7**
di cui Sedi Distrettuali	**1**
di cui Sedi Sub Distrettuali	**6**
FARMACIE	
Farmacie convenzionate	**58**
Dispensari farmaceutici	**6**
MEDICINA LEGALE (sedi)	**2**

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIE DELLE DIPENDENZE

	n°
SER.D.	**2**
Centri Diurni per tossicodipendenti e alcoolisti a gestione diretta	**1**

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

	n°
Centri di Salute Mentale	**2**
Centri Diurni	**1**
Servizi Psichiatri di Diagnosi e Cura	**0**
Comunità Protette a gestione diretta	**0**
Gruppi Appartamento	**3**
di cui gestione diretta	**1**
di cui gestione privata	**2**
Posti in convenzione per assistenza residenziale psichiatrica	**49**
di cui Comunità protetta di tipo A	
di cui Comunità protetta di tipo B	**29**
di cui Comunità alloggio	**20**

PROGRAMMAZIONE ANNO 2016

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

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

del paziente ed il miglioramento dei livelli di assistenza garantita attraverso la pianificazione dei percorsi di cura;

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

ALLEGATI:

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

LEGENDA

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

Allegato 2 **Lo schema del PAT**

ASL AL - Distretto ALESSANDRIA VALENZA

Cod. LA	Livello Assistenziale	Co-responsabilità (eventuale)	Indicatore	Valore obiettivo aziendale 2016	Valore obiettivo del Distretto 2016	Valore rilevato nell'anno 2014	Azioni previste dal Distretto per realizzare il proprio obiettivo	Esistenza di scheda progettuale (SI/NO) (3)
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro		Percentuale di unità controllate	**6%**			Il servizio dovrà attivarsi per raccogliere i dati a livello distrettuale	NO
10500	Attivita` di prevenzione rivolte alle persone (incl screening)		N prestazioni di primo livello - Screening mammella in rapporto alla popolazione di riferimento	**standard regionali**	**0,40**	**0,40**	Accordo con ASOAL per 2° liv. Acquisto prestazioni da rete ospedaliera per 2° liv.	NO
			N prestazioni di primo livello - Screening utero in rapporto alla popolazione di riferimento	**standard regionali**	**0,57**	**0,54**	Accordo con ASOAL per 2° liv. Acquisto prestazioni da rete ospedaliera per 2° liv.	NO
			N prestazioni di primo livello - Screening sigmo in rapporto alla popolazione di riferimento	**standard regionali**		-	Accordo con ASOAL per 2° liv. Acquisto prestazioni da rete ospedaliera per 2° liv.	NO
			N prestazioni di primo livello - Screening FOBT (a liv ASL) in rapporto alla popolazione di riferimento	**standard regionali**			Accordo con ASOAL per 2° liv. Acquisto prestazioni da rete ospedaliera per 2° liv.	NO

			Copertura vaccinale nei bambini (ciclo base e MPR)	**Ciclo base 95,9% MPR 89,6%**	**AL= 94,88% 87,74% Valenza: 97,75% 89,32%**	AL= 94,88% 87,74% Valenza: 97,75% 89,32%	Si rimanda al progetto All 3	SI
10600	Servizio medico legale		N° prestazioni di medicina legale	**36.000**			Il servizio dovrà attivarsi per raccogliere i dati a livello distrettuale	NO
20100	Guardia medica		N. visite in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,18**	**0,17**	**0,14**	Informatizzazione delle postazioni della Guardia Medica finalizzata ad assicurare la progressiva continuità dell'assistenza sanitaria	NO
			N. Ore apertura in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,19**	**0,15**	**0,15**		
20201	Medicina generale - Medicina generica		N. MMG IN AFT (Aggreg Funzionali Territoriali) rispetto totale MMG	**in via definizione**	**in via definizione**	-	Per AFT/UCCP si rinvia alle disposizioni regionali di riferimento	NO
			N. MMG IN UCCP (Unità Complesse Cure Primarie) rispetto al totale MMG	**in via definizione**	**in via definizione**	-		NO
20202	Medicina generale - Pediatria di libera scelta		N° bilanci di salute (dato complessivo) sul numero nati	**8,12**	**7,19**	**6,78**	Accordi con PLS	NO
			N. PDL IN AFT (Aggreg Funzionali Territoriali) rispetto al totale di PDL	**in via definizione**	**in via definizione**	-	Per AFT/UCCP si rinvia alle disposizioni regionali di riferimento	NO
			N. PDL IN UCCP (Unità Complesse Cure Primarie) rispetto al totale di PDL	**in via definizione**	**in via definizione**	-		NO

20300	Emergenza sanitaria territoriale (118)		Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	**13,00**	**AL 11 VAL 13**	AL 11 VAL 13	Attività gestita da ASO AL	NO
20401	Ass. farmaceutica - Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate		Costo netto dell'assistenza farmaceutica in rapporto alla popolazione di riferimento (i dati si riferiscono al conto 3100404)	**129,00**	**127,70**	**127,70**	Si rimanda al progetto All 3	SI
			Percentuale di consumo annuo (DDD) dei farmaci appartenenti al PHT in rapporto alla popolazione di riferimento	**8,00**	**8,20**	**8,32**		
20402	Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell`assistenza farmaceutica		Costo netto dell'assistenza farmaceutica (DISTRIBUZIONE DIRETTA) in rapporto alla popolazione di riferimento	**42,00**	**35,00**	**28,64**	Si rimanda al progetto All 3	SI
20500	Assistenza integrativa		Totale costo netto di assistenza integrativa **per mille abitanti in rapporto alla popolazione di riferimento** - (rif. conti di bilancio 3101801-02-34 - Fonti: Distretto e Dip Farmaceutico)	**13.950**	**15.000**	**15.469**	Omogeneizzazione delle procedure nell'ambito dei singoli distretti	NO
20601	Assistenza specialistica - Attivita` clinica		Numero di prestazioni per abitante	**3,00**	**3,10**	**3,35**	Mantenimento del valore e attenzione a liste e tempi di attesa	NO
20602	Assistenza specialistica - Attivita` di laboratorio		Numero di prestazioni per abitante	**11,20**	**11,30**	**11,82**		NO
20603	Assistenza specialistica - Attivita` di diagnostica strumentale e per immagini		Numero di prestazioni per abitante	**0,88**	**0,95**	**1,05**		NO

			Numero di prestazioni di RM per 100 residenti	**6,50**	**6,50**	**6,30**		NO
20700	Assistenza protesica		Costo netto dell'assistenza protesica **per mille abitanti** in rapporto alla popolazione di riferimento- (Rif. conto di bilancio 3101803 - Fonte: Distretto)	**3.300**	**2.950**	**2.801**	Omogeneizzazione delle procedure nell'ambito dei singoli distretti	NO
20801	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a domicilio (ADI)		% di anziani >= 65 anni trattati in ADI (da indicazioni regionali liv. Intesità 3-4 senza malati terminali) in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,85%**	**0,45%**	**0,37%**	Da valutare nel complesso dell'assistenza agli anziani	SI
20802	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)		N prestazioni di consultorio per mille abitanti in rapporto alla popolazione di riferimento	**85,00**	**92**	**91,44**	Attivazione totem informativi multilingua	NO
20803	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica		Utenti in carico nei centri di salute mentale in rapporto alla popolazione di riferimento per 100.000 abitanti (dati 2015)	**2.700**	**2.200**	**1.222,88**	Da valutare nel complesso dell'assistenza psichiatrica	NO
20804	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai disabili		N. giornate di assistenza riabilitativa a favore di disabili in rapporto alla popolazione di riferimento = **prestazioni orarie**	**0,06**	**0,09**	**0,07**	Da valutare nel complesso dell'assistenza a disabili	NO
20805	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipendenti		N° utenti in carico (**per 1000 abitanti**) in rapporto alla popolazione di riferimento	**14,50**	**17,00**	**17,39**	Da valutare nel complesso dell'assistenza ai tossicodipendenti	SI

20806	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani		% di anziani >= 65 anni trattati a domicilio in rapporto alla popolazione di riferimento (oltre ADI livello 20801) (da indic regionali liv. Intensità da 0 a 2)	**6,0%**	**4,70%**	**4,61%**	Da valutare nel complesso dell'assistenza agli anziani	SI
20807	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali		% malati terminali trattati in Cure domiciliari = casi trattati (la Regione non ha individuato la popolazione di riferimento per il calcolo della %)	**1.150**	**195**	**186**	Programmazione con Rete Oncologica	NO
21100	Assistenza idrotermale		Costo di assistenza idrotermale per mille assistiti in rapporto alla popolazione di riferimento	**2.360**	**1603**	**1.603,38**	In attesa sviluppi Terme Acqui T.	NO
20901	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica		N° giornate di semiresidenzialità per assistenza psichiatrica in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,04**	**0,040**	**0,045**	Da valutare nel complesso dell'assistenza psichiatrica	NO
20902	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili		N° giornate di semiresidenzialità per assistenza ai disabili in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,12**	**0,1**	**0,105**	Da valutare nel complesso dell'assistenza a disabili	NO
20903	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti		N° giornate di semiresidenzialità per assistenza ai tossicodip in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,01**	**0,015**	**0,015**	Da valutare nel complesso dell'assistenza ai tossicodipendenti	NO

20904	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza agli anziani		N° giornate di semiresidenzialità per assistenza agli anziani in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,03**	**0,040**	**0,052**	Da valutare nel complesso dell'assistenza agli anziani	NO
21001	Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica		N° giornate di residenzialità per assistenza psichiatrica	**0,35**	**0,300**	**0,282**	Da valutare nel complesso dell'assistenza psichiatrica	NO
21002	Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili		N° giornate di residenzialità per assistenza ai disabili in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,30**	**0,300**	**0,288**	Da valutare nel complesso dell'assistenza a disabili	NO
21003	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti		N° giornate di residenzialità per assistenza ai tossicodipendenti in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,10**	**0,120**	**0,103**	Da valutare nel complesso dell'assistenza ai tossicodipendenti	NO
21004	Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani		N° giornate per assistenza agli anziani => 65 anni in rapporto alla popolazione di riferimento	**5,13**	**5,10**	**5,15**	Da valutare nel complesso dell'assistenza agli anziani	NO
21005	Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV		N° giornate di assistenza residenziale per HIV in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,02**	**0,020**	**0,024**	Da valutare nel complesso dell'assistenza ai tossicodipendenti	NO
21006	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai malati terminali		N° giornate di hospice per assistenza ai malati terminali deceduti per tumore in rapporto alla popolazione di riferimento	**1,20**	**0,60**	**0,52**	Valutazione su eventuale attivazione nuovi Hospice	NO
30100	Attivita` di pronto soccorso (accessi)		N° accesso al PS per mille assistiti in rapporto alla popolazione di riferimento	**320,00**	**318,00**	**320,17**	Da valutare con attività guardia medica	NO

30201	Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery		Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	**38,50**	**36,00**	**36,71**		NO
30202	Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria		Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	**105,00**	**106,00**	**107,83**		SI
			Percentuale parti cesari primari (PARTI CESAREI DI DONNE NON PRECESARIZZATE)	**21,00**	**20,00**	**20,02**		NO
			Percentuali pazienti >= 65 anni con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 GG in RO (INT FRATTURA FEMORE GG PRE-INT <=2)	**52,00**	**59,00**	**59,16**		NO
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti		Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	**0,80**	**0,80**	**0,85**		NO
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione		Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	**8,00**	**7,60**	**7,60**		NO

ALLEGATO 3

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

DISTRETTO DI ALESSANDRIA - VALENZA:

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

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

ASL AL

Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza

Sottolivello assistenziale: Assistenza Farmaceutica

Responsabile: Direttore Distretto

Corresponsabili: Dirigenti Farmacisti di Distretto

Denominazione del progetto di miglioramento: APPROPRIATEZZA SPESA FARMACEUTICA: INCREMENTO USO FARMACI A BREVETTO SCADUTO

Descrizione ed analisi del problema

L'impiego appropriato delle risorse assegnate al SSN è una condizione imprescindibile per il mantenimento e la sostenibilità dell'attuale struttura universalistica del sistema sanitario, specie nell'attuale contesto di costante crescita della richiesta di servizi motivata da fattori noti (invecchiamento della popolazione, aumento delle patologie croniche, sviluppo di nuove tecnologie/progresso scientifico) e di progressiva riduzione delle risorse a disposizione.

Il farmaco a brevetto scaduto rappresenta, in questo quadro, uno strumento di rilevanza strategica cruciale che, accanto alle garanzie derivanti dall'impiego di terapie conosciute per l'uso clinico prolungato e ben documentate, offre l'opportunità di mantenere elevati livelli di qualità assistenziale a costi molto più contenuti, permettendo di liberare risorse da destinare a trattamenti e tecnologie realmente innovative altrimenti non sostenibili.

I medici prescrittori costituiscono i soggetti fondamentali attraverso cui garantire la maggiore diffusione possibile dei farmaci a brevetto scaduto sul territorio.

Descrizione del progetto e delle attività

Il progetto si propone di determinare un contenimento della spesa farmaceutica attraverso l'incremento dell'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto, in particolare di quelli che presentano il miglior rapporto costo-beneficio all'interno della medesima classe; uno degli elementi cardine per determinare il contenimento della spesa è rappresentato da interventi diretti a riorientare l'azione dei prescrittori, in particolare MMG e PLS, coinvolgendoli in percorsi mirati su patologie traccianti.

Costituiscono attività strategiche per lo sviluppo del progetto:

• attività formativa ed informativa nei confronti dei prescrittori e degli assistiti
• attribuzione di obiettivi specifici a medici specialisti ospedalieri ed ambulatoriali
• assegnazione di obiettivi specifici a MMG/PLS
• monitoraggio continuo dell'andamento dell'obiettivo e dei risparmi ottenuti, con particolare attenzione alle differenze rilevate per Distretto di appartenenza, per tipologia di farmaco e per ogni singolo MMG

Oltre al processo formativo che, come sopra specificato, prevede attività di formazione / informazione nei confronti dei medici prescrittori (Specialisti e MMG/PLS), il progetto prevede l'esecuzione di una specifica campagna informativa rivolta agli assistiti sull'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto.

In *ambito territoriale* il progetto contempla, oltre all'abituale azione di analisi e controllo delle prescrizioni SSN, l'organizzazione di incontri con le Commissioni Appropriatezza dell'ASL, alla presenza dei corrispondenti Direttori di Distretto e dei Servizi Farmaceutici correlati.

Ai fini dello sviluppo delle attività, coerentemente con gli obiettivi proposti, si prevede, inoltre, il monitoraggio trimestrale dell'andamento del progetto attraverso:

- reportistica ad hoc :
  - per singolo MMG
  - per Direttore Distretto
- monitoraggio attività Sportello;
- monitoraggio del rispetto dei requisiti di appropriatezza nelle lettere di dimissione degli Specialisti ASL AL;
- analisi di aderenza di alcuni PDTA, in particolare su patologie croniche ad alto consumo di farmaci, con rilevante impatto sulla spesa farmaceutica territoriale

Obiettivi

Obiettivo Generale: Incremento dell'uso di farmaci a brevetto scaduto
Obiettivo Specifico 1: Attività formativa e informativa su prescrittori (Specialisti e MMG/PLS) e assistiti
Obiettivo Specifico 2: Revisione del Prontuario Terapeutico (ASL / ASO)
Obiettivo Specifico 3: Monitoraggio andamento progetto

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Incremento dell'uso di farmaci a brevetto scaduto
Indicatore/i di risultato	Incremento percentuale della spesa per farmaci con brevetto scaduto sul totale spesa farmaceutica convenzionata con correlato risparmio
Standard di risultato	Aumento di 3 punti della percentuale della spesa per farmaci con brevetto scaduto sul totale spesa farmaceutica convenzionata con correlato risparmio, entro il 2016

Obiettivo Specifico 1	Attività formativa e informativa su prescrittori (Specialisti e MMG/PLS) e campagna informativa assistiti
Indicatore/i di risultato	N. interventi informativi/formativi su prescrittori e N. attività informativa assistiti
Standard di risultato	4 interventi informativi/formativi su prescrittori e 1 campagna informativa assistiti

Obiettivo Specifico 2	Revisione del prontuario terapeutico (ASL / ASO)
Indicatore/i di risultato	Revisione Prontuario
Standard di risultato	Prontuario rimodulato

Obiettivo Specifico 3	Monitoraggio andamento progetto
Indicatore/i di risultato	Report; verifica lettere di dimissione degli Specialisti ASL AL Analisi dell'aderenza di alcuni PDTA
Standard di risultato	Report trimestrale; verifica semestrale lettere di dimissione degli Specialisti; analisi aderenza PDTA

Cronoprogramma di realizzazione

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

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

ASL AL
Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
Sottolivello assistenziale
Responsabile: Direttore Distretto
Corresponsabili: SS Promozione della Salute e Medicina d'Iniziativa – Dipartimento di Prevenzione – SS Percorsi Integrati Ospedale-Territorio – Presidi Ospedalieri
Denominazione del progetto di miglioramento: DEFINIZIONE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO SOCIO-ASSISTENZIALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI MIGRANTI
Descrizione ed analisi del problema Da Paese di emigrazione, negli ultimi 10 -15 anni, l'Italia è diventata paese di immigrazione, con flussi continui e diversificati a seconda delle alterne vicende geopolitiche, crisi congiunturali e accessi bellici. I dati ISTAT, che confermano la tendenza ad un aumento del fenomeno, evidenziano che al 1 gennaio 2015 nell'ambito territoriale di competenza dell'ASL AL la presenza della popolazione straniera residente è pari al 10,4 % del totale dei residenti (contro una media regionale pari al 9,6% ed una media nazionale pari al 8,2%); di questi, circa l'80% sono persone provenienti da paesi a forte pressione migratoria. La letteratura scientifica ha individuato che, per i gruppi vulnerabili della popolazione, con precario accesso alle risorse, e tra questi i migranti, il rischio di perdita della salute è maggiore rispetto al resto della popolazione. Numerosi indicatori mostrano che la salute della popolazione nei Paesi occidentali, e quindi anche in Italia, è migliorata (bassa mortalità infantile, aumento dell'aspettativa di vita, ecc…), ma altrettanti indici evidenziano crescenti diseguaglianze nella salute per i soggetti vulnerabili. La salute degli immigrati, per i quali la migrazione in se stessa rappresenta un fattore di fragilizzazione, risulta essere strettamente connessa ai sistemi di accoglienza ed ai processi di inclusione sociale messi in atto nel paese ospite. Infatti, la maggior parte delle patologie scaturiscono dalle condizioni abitative, lavorative, dal tipo di rapporto con le istituzioni, dalle difficoltà relazionali e di socializzazione. In definitiva per gli immigrati, esclusi dalla piena cittadinanza e spesso in condizioni di deprivazione economica, sociale, relazionale, culturale, i rischi per la salute sono particolarmente elevati. **Descrizione del progetto e delle attività** Il fenomeno impone di individuare strategie efficaci per dare risposte ai bisogni di questa nuova popolazione non solo in un'ottica di rispetto dei diritti universali, ma anche per cogliere orizzonti culturali diversi e prevenire conflitti sociali derivanti dall'esclusione sociale, conflitti che inevitabilmente hanno ricadute negative sullo sviluppo dell'intera collettività. Dunque, una questione prioritaria è quella di preparare i servizi, quindi anche quelli socio-sanitari, ad affrontare una utenza portatrice di culture, biografie e bisogni differenziati. Le principali azioni del progetto sono: 1. definizione e attuazione di un piano strutturato di intervento, elaborato sulla base delle linee guida predisposte a livello nazionale e regionale, che contempli le attività (accoglienza, screening, misure di prevenzione compresa l'immunizzazione attiva, sorveglianza, cura) rivolte ai migranti accolti in Provincia di Alessandria nell'ambito del programma europeo *Triton Frontex;* 2. costruzione e diffusione di linee guida per la descrizione del profilo di salute della popolazione immigrata attraverso i principali flussi correnti, allo scopo di avere informazioni quali-quantitative omogenee e confrontabili, utili alla comprensione dei principali problemi di salute che necessitano di interventi prioritari; 3. individuazione ed implementazione, nell'ambito dei servizi territoriali, di modelli organizzativi sanitari adeguati a garantire, in modo omogeneo nel territorio dell'ASL AL, l'equità nell'accesso alla Medicina di Base e alle Cure Primarie, particolarmente per i migranti irregolari; 4. adozione di strategie di provata efficacia di informazione e di educazione alla salute per l'utenza, basate sulla pratica della competenza culturale e dell'empowerment del singolo e della comunità con particolare riguardo alla tutela della salute materno-infantile.
Obiettivi *Obiettivo Generale:* tutela della salute dei migranti *Obiettivo Specifico 1:* definizione e attuazione di un piano strutturato di intervento che contempli le attività (accoglienza, screening, misure di prevenzione, sorveglianza, cura) rivolte ai migranti accolti in Provincia di Alessandria nell'ambito del programma europeo *Triton Frontex* *Obiettivo Specifico 2:* costruzione e diffusione di linee guida per la descrizione del profilo di salute della popolazione immigrata attraverso i principali flussi correnti *Obiettivo Specifico 3:* individuazione ed implementazione, nell'ambito dei servizi territoriali, di modelli

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

Durata del progetto

(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

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

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

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

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

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

Cronoprogramma di realizzazione

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

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

ASL AL

Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza

Sottolivello assistenziale

Responsabile: Direttore Distretto

Corresponsabili: SS Promozione della Salute e Medicina d'Iniziativa – Dipartimento di Prevenzione

Denominazione del progetto di miglioramento: REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE FINALIZZATI ALL'ADOZIONE DI CORRETTI STILI DI VITA

Descrizione ed analisi del problema

Secondo i dati dell'OMS, l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono causati da alcune patologie (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscoloscheletrici) che hanno in comune fattori di rischio modificabili, quali il fumo di tabacco, l'obesità e sovrappeso, l'abuso di alcol, lo scarso consumo di frutta e verdura, la sedentarietà, l'eccesso di grassi nel sangue e l'ipertensione arteriosa. Tali fattori di rischio sono responsabili - da soli - del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. Nel nostro paese, essi si distribuiscono in maniera molto differente nella popolazione e sono molto più diffusi tra le persone delle classi socio-economiche più basse, le quali hanno una mortalità e una morbosità molto maggiori rispetto a chi, socialmente ed economicamente, si trova in posizione più avvantaggiata. A perdere rapidamente il proprio patrimonio di salute sono anche gli immigrati, a causa delle condizioni di vita in cui spesso si trovano in Italia.

Tali condizioni, inoltre, pur influenzate da comportamenti individuali, sono fortemente sostenute dall'ambiente di vita e da quello sociale. I comportamenti salutari, infatti, sono resi sempre più difficili dall'organizzazione e dal disegno urbano delle città, dall'automatizzazione, dai prezzi a volte più elevati degli alimenti più sani e dai condizionamenti del marketing. Ne consegue che i soggetti più esposti a questi rischi sono quelli più vulnerabili: i bambini e le famiglie più povere.

Negli ultimi anni, per effetto di strategie adottate in Italia e nel mondo, si sono potuti osservare alcuni cambiamenti nella giusta direzione (si pensi alla tutela dal fumo passivo) ma permangono, tuttavia, anche andamenti negativi per certi fattori ed in sottogruppi di popolazione.

L'obesità è in aumento nell'insieme della popolazione e nei bambini, i giovani continuano ad essere attratti dal fumo di tabacco, le classi economiche più disagiate sono ancora le più esposte ai rischi del fumo, dell'abuso dell'alcol, della sedentarietà, di una alimentazione errata.

I 4 principali fattori di rischio (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica) – in gran parte modificabili e nei quali è possibile identificare con certezza i principali determinanti delle malattie croniche più frequenti nel nostro paese – sono ben conosciuti ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili.

Descrizione del progetto e delle attività

Su tali premesse, ed in linea con quanto predisposto nel Piano Locale della Prevenzione dell'ASL AL, risulta prioritario programmare un intervento di salute pubblica che affronti in modo globale questi fattori di rischio, consentendo di guadagnare salute e garantendo la sostenibilità del Sistema Sanitario in termini economici e di efficacia.

Tale programma permetterà di inquadrare in maniera coordinata il contrasto ai fattori di rischio con un approccio non solo agli aspetti sanitari, ma anche alle implicazioni ambientali, sociali ed economiche, e prevederà la condivisione degli obiettivi da parte degli attori coinvolti (ASL AL, Enti Locali, scuole). Contemplerà, inoltre, la definizione delle reciproche responsabilità, attraverso una programmazione ampiamente concertata e l'attivazione di azioni ed interventi che agiscano in maniera trasversale sui diversi determinanti, al fine di aumentare l'efficacia ed ottimizzare l'utilizzo delle risorse, e che comprendano interventi di comunicazione e regolazione di comunità e per gli individui.

All'interno del progetto dovranno coordinarsi le iniziative già avviate come il contrasto al fumo e all'abuso di alcol; un impegno prioritario riguarderà l'implementazione di strategie per migliorare la dieta e promuovere l'attività fisica con l'obiettivo di contrastare l'avanzata dell'epidemia di soprappeso/obesità, considerate le proporzioni che tale fenomeno ha raggiunto.

Ogni intervento di educazione e promozione della salute terrà conto della conoscenza delle diseguaglianze sociali nella salute, in particolare nell'accesso ai servizi e all'informazione stessa, allo scopo di individuare correttamente e raggiungere il più possibile i gruppi di popolazione più a rischio. Le campagne di intervento terranno conto di un punto di vista multiculturale, e presupporranno l'integrazione tra il distretto ed il Dipartimento di Prevenzione, al fine di garantire un approccio sinergico alle tematiche oggetto di trattazione,

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

Obiettivi
Obiettivo Generale: Intervento globale di contrasto ai fattori di rischio
Obiettivo Specifico 1: Istituzione gruppo di lavoro multidisciplinare e multisettoriale
Obiettivo Specifico 2: Definizione programma globale interventi di promozione della salute
Obiettivo Specifico 3: Attuazione programma interventi di promozione della salute

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Intervento globale di contrasto ai fattori di rischio
Indicatore/i di risultato	Implementazione azioni di contrasto alle patologie da errati stili di vita
Standard di risultato	Attuazione interventi di promozione della salute finalizzati alla mitigazione dei principali fattori di rischio

Obiettivo Specifico 1	Istituzione gruppo di lavoro multidisciplinare e multisettoriale
Indicatore/i di risultato	Istituzione gruppo di lavoro
Standard di risultato	Documento di istituzione del gruppo di lavoro

Obiettivo Specifico 2	Definizione programma globale interventi di promozione della salute
Indicatore/i di risultato	Programma interventi di promozione della salute
Standard di risultato	Documento che evidenzi il piano strutturato degli interventi di promozione della salute

Obiettivo Specifico 3	Attuazione programma interventi di promozione della salute
Indicatore/i di risultato	N. Interventi di promozione della salute
Standard di risultato	12 interventi di promozione della salute

Cronoprogramma di realizzazione

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

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

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

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

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

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

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

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

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

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

Cronoprogramma di realizzazione

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

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

ASL AL

Distretto: Alessandria – Valenza – Casale

Sottolivello assistenziale Dipartimento di patologia delle Dipendenze

Responsabile: Responsabile Dipartimento di Patologia delle Dipendenze

Corresponsabili: Personale Dipartimento di Patologia delle Dipendenze

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

Descrizione ed analisi del problema
L'estrema criticità della situazione sanitaria e ambientale caratterizza particolari gruppi di popolazione svantaggiata che rende assolutamente necessarie le azioni volte a ridurre i rischi per la salute dei consumatori di sostanze e per la collettività. Il problema è più acuto nelle aree urbane in cui sono presenti maggiori aspetti di marginalità tra i dipendenti da sostanze.
Inoltre, si ritiene consistente la fascia del cosiddetto "sommerso", vale a dire quella fascia di consumatori giovani e giovanissimi, non necessariamente problematici, per lo più policonsumatori, non in contatto con i servizi, e tuttavia esposti ai rischi connessi ad un consumo non controllato e poco informato.

Descrizione del progetto e delle attività
Le attività sugli ambiti territoriali dei Distretti oggetto di intervento si accentreranno su azioni di ascolto, informazione, sostegno e orientamento verso i servizi di cura con interventi di profilassi delle malattie infettive e di altre patologie correlate all'uso di sostanze operanti sia con speciali servizi in strada che con diverse azioni in contesti ambulatoriali. Tali interventi necessitano di un ulteriore potenziamento e diffusione. Sulla fascia di popolazione del cosiddetto "sommerso" le attività hanno l'obiettivo di agganciare i giovani consumatori e attivare interventi di limitazione dei rischi.
Il progetto prevede, per singolo ambito distrettuale, lo sviluppo delle attività che di seguito si riportano:

- ✓ Alessandria - Valenza: 1) Ambito Alessandrino: riattivazione delle attività di drop in e di outreach sul territorio; potenziamento della collaborazione nell'ambito della rete interistituzionale dell'Osservatorio Sociale sulle Povertà; potenziamento delle attività di domiciliarità rivolte a pazienti con grave compromissione psico-fisica e in condizione di marginalità. 2) Ambito Valenzano: implementazione di attività di informazione e di distribuzione di materiale sterile e di profilassi di malattie infettive
- ✓ Casale: potenziamento delle attività di domiciliarità, rivolte a pazienti con grave compromissione psico-fisica e in condizione di marginalità; avvio di attività di outreach
- ✓ Alessandria-Valenza/Casale: riattivazione del progetto "Traballo", con esecuzione di specifici interventi nei luoghi del divertimento giovanile, finalizzati alla limitazione dei rischi da uso di sostanze ed alcoolici e all'aggancio precoce di consumatori problematici.

Obiettivi
Obiettivo Generale: Mitigare i rischi per la salute in particolari gruppi di popolazione svantaggiata
*Obiettivo Specifico 1: G*arantire, nell'ambito territoriale Alessandrino, le azioni di*:* riattivazione delle attività di drop in e di outreach sul territorio; potenziamento della collaborazione nell'ambito della rete interistituzionale dell'Osservatorio Sociale sulle Povertà; potenziamento delle attività di domiciliarità rivolte a pazienti con grave compromissione psico-fisica e in condizione di marginalità
Obiettivo Specifico 2: Garantire, nell'ambito territoriale Valenzano, le azioni di: implementazione di attività di informazione e di distribuzione di materiale sterile e di profilassi di malattie infettive
Obiettivo Specifico 3: Nell'ambito territoriale del Distretto di Casale:

1) Garantire le azioni di potenziamento delle attività di domiciliarità, rivolte a pazienti con grave compromissione psico-fisica e in condizione di marginalità
2) Avviare attività di outreach

Obiettivo Specifico 4: Garantire, negli ambiti territoriali di Alessandria-Valenza/Casale, la riattivazione del progetto "Traballo", con esecuzione di specifici interventi nei luoghi del divertimento giovanile, finalizzati alla limitazione dei rischi da uso di sostanze ed alcoolici e all'aggancio precoce di consumatori problematici

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

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

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

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

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

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

Cronoprogramma di realizzazione

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

6. MANTENIMENTO STANDARD DI COPERTURA VACCINALE

ASL AL
Distretto: TUTTI I DISTRETTI
Sottolivello assistenziale: vaccinazioni pediatriche
Responsabile: Referente aziendale Vaccinazioni
Corresponsabili: Personale medico interessato
Denominazione del progetto di miglioramento: MANTENIMENTO STANDARD DI COPERTURA VACCINALE
Descrizione ed analisi del problema Un elevato tasso di copertura vaccinale costituisce un elemento cardine per garantire la prevenzione delle patologie per le quali sono disponibili i vaccini. In Italia si è assistito ad un progressivo calo delle coperture vaccinali, con il rischio di recrudescenza di diverse patologie infettive prevenibili da vaccino; la riduzione del livello di copertura vaccinale della popolazione ha determinato allarme nella comunità scientifica in considerazione dell'impatto sanitario derivante dalle malattie per le quali lo strumento vaccinale costituisce l'elemento cardine per garantirne la prevenzione ed evitare, pertanto, anche forme complicate con incremento dei costi in termine di salute della collettività ed economici. Il fenomeno della riduzione delle coperture vaccinali è da ricondursi ad una molteplicità di fattori, tra cui: 1) La mancata percezione del pericolo da parte della popolazione 2) La diffusione di informazioni errate sul Web 3) La critica all'industria farmaceutica 4) La sopravvalutazione dei rischi dei vaccini. **Descrizione del progetto e delle attività** Il progetto prevede il coinvolgimento dei servizi vaccinali dell'ASL AL e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) con l'intento di richiamare tutte le famiglie che non rispondono alla proposta vaccinale. Per dare più forza a questi obiettivi il progetto è stato inserito nell'Accordo aziendale con i pediatri di libera scelta sia per il 2015, che per il 2016. Il monitoraggio sui tassi di copertura vaccinale sarà effettuato su: ✓ la vaccinazione contro i virus del morbillo parotite rosolia ✓ la vaccinazione contro il virus HPV nelle ragazze pre-adolescenti per la prevenzione del cancro alla cervice uterina
Obiettivi *Obiettivo Generale:* Prevenzione delle patologie infettive prevenibili da vaccino (MPR, HPV) *Obiettivo Specifico 1:* Mantenimento livelli di copertura della vaccinazione contro morbillo, parotite, rosolia *Obiettivo Specifico 2:* Mantenimento livelli di copertura della vaccinazione contro l'HPV

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

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

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

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

Cronoprogramma di realizzazione

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

7. PERCORSO INTEGRATO DI CONTINUITÀ DI CURA OSPEDALE – TERRITORIO

ASL AL
Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
Sottolivello assistenziale: Assistenza a domicilio
Responsabile: Direttore Distretto
Corresponsabili: Medici e Infermieri del Distretto
Denominazione del progetto di miglioramento: **PERCORSO INTEGRATO DI CONTINUITÀ DI CURA OSPEDALE – TERRITORIO**

Descrizione ed analisi del problema

Le dinamiche demografiche ed i nuovi scenari epidemiologici caratterizzati da un incremento delle patologie croniche impongono una rimodulazione strutturale nel sistema assistenziale, compresa l'adozione di specifici criteri per la continuità delle cure e di strumenti per la piena realizzazione della rete territoriale con la definizione di un modello organizzativo che preveda al centro il paziente e che assicuri concretamente un'integrazione reale tra ospedale e territorio, in modo da fornire ai bisogni assistenziali risposte appropriate, sicure ed efficaci e, nello stesso tempo, razionalizzare l'uso di risorse, ridurre gli sprechi, eliminare le inefficienze.

Descrizione del progetto e delle attività

Al fine di rispondere ai nuovi bisogni di salute assume elemento fondamentale la riorganizzazione del processo assistenziale, attraverso la definizione di un modello organizzativo, con l'obiettivo di:
- ridurre i tempi di degenza ed i relativi costi per eventi morbosi a lenta e/o complessa evoluzione permettendo un utilizzo più congruo dei posti letto evitando ospedalizzazioni protratte;
- utilizzare al meglio le risorse esistenti all'interno del sistema ospedale-territorio e favorire un più congruo utilizzo dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- favorire la collaborazione e l'integrazione tra operatori ospedalieri e territoriali, mediante la costituzione di un team interaziendale che lavori per obiettivi comuni e condivisi;
- promuovere modalità di educazione alla salute nei pazienti e nei loro familiari incoraggiando un loro ruolo partecipativo anche nella erogazione dell'assistenza, migliorandone la qualità percepita.

Il modello organizzativo presuppone lo sviluppo e il consolidamento delle relazioni tra gli specialisti ospedalieri e quelli presenti sul territorio. L'ambito di confronto/rapporto tra ospedale e territorio interessa vari aspetti: modalità di accesso, relazioni durante il ricovero, modalità di dimissioni, condivisione dei percorsi di continuità assistenziale.

L'elemento centrale del processo è la "presa in carico" del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di cura, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure/assistenza dai vari soggetti erogatori, quali:
- il Medico di M.G. e il Pediatra di L.S. che, svolgendo un ruolo di tutela ed assistenza nei confronti dei propri pazienti, hanno la più ampia conoscenza del loro quadro sanitario e sociale;
- le strutture di ricovero ospedaliero sia per attività in acuzie che post-acuzie ed in particolare: i Presidi Ospedalieri di Alessandria, Casale M., Tortona, Novi L., Acqui T. e Ovada;
- le strutture che assicurano l'assistenza domiciliare;
- le strutture dell'assistenza socio-sanitaria territoriale.

Al fine di produrre una forte integrazione sinergica tra ospedale e territorio, come previsto da D.G.R. 27/3628 del 28.3.2012, è necessario istituire e attivare:
- il Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (N.O.C.C.) presso ogni P.O. aziendale, composto dal Dirigente Medico della Direzione Medica di Presìdio, dall'Assistente Sociale Ospedaliera in organico alla Direzione Medica (o, qualora questa non sia presente, dall'Assistente Sociale distaccata) e dal personale medico e infermieristico del reparto, che riferisce al Direttore Medico di Presidio;
- il Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (N.D.C.C.) presso ogni Distretto, composto dal Medico di Distretto, personale infermieristico e assistente sociale dell'area socio-assistenziale, integrato di volta in volta dal M.M.G. / P.L.S. dell'assistito e da personale dei servizi territoriali e/o specialistici, che riferisce al Direttore del Distretto.

Le attività dei Nuclei sono:
- indagine congiunta sociale e sanitaria finalizzata all'acquisizione di elementi relativi alle condizioni sanitarie e sociali del paziente;

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

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

Fase ospedaliera

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

A) Identificazione e "screening" del paziente a rischio

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

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

All'accesso del paziente in DEA/PS o in Reparto l'infermiere (entro la mattina successiva al ricovero):
1. valuta il paziente mediante la compilazione di una scheda per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile e in caso di indice di Brass superiore a 10:
2. attiva immediatamente, con il medico di reparto, il N.O.C.C., il quale compila la prima parte della scheda di segnalazione;
B) Segnalazione del caso
Consiste nella attivazione del percorso "continuità di cura" attraverso la segnalazione ai nuclei distrettuali di residenza dell'assistito.
L'assistente sociale del N.O.C.C., nel più breve tempo possibile, invia la scheda di segnalazione mediante comunicazione informatica o tramite fax o e-mail al Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (N.D.C.C.) di residenza.

Fase Territoriale

Il N.D.C.C. ha un compito cardine in tutto il percorso assistenziale in quanto costituisce il punto di raccordo fondamentale tra i reparti ospedalieri, i servizi territoriali, il cittadino ricoverato ed i suoi familiari.
C) Valutazione dei bisogni socio-sanitari e presa in carico del paziente da parte della rete dei servizi territoriali
1. Il N.D.C.C. nelle figure del il medico di Distretto e del case-manager delle cure domiciliari, ricevuta la segnalazione dal N.O.C.C. e raccolte le informazioni, provvede a:
- contattare il medico di Medicina Generale, figura di riferimento delle cure primarie;
- contattare, per situazioni sociali particolarmente complesse, l'assistente sociale, al fine di verificare le condizioni socio-ambientali ed il contesto relazionale di riferimento;
- compilare la seconda parte della scheda di segnalazione, contenente le notizie provenienti dal MMG, dal Servizio sociale e dai Servizi di Cure Domiciliari e a metterla a disposizione del reparto presso il quale è ricoverato il paziente.

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

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

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

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

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

A. in strutture dedicate alla riabilitazione o alla lungodegenza, preferibilmente individuate a livello aziendale, anche a seguito della riorganizzazione dei posti letto ospedalieri e con la creazione di strutture di cure intermedie, dedicate a pazienti stabili, ma non guariti e clinicamente complessi, che necessitano ancora di cure, controllo clinico, terapia 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);
B. al domicilio attraverso le cure domiciliari, in assenza di problematiche socio- assistenziali ed ambientali. In tal caso, definito il progetto riabilitativo, clinico ed assistenziale condiviso tra specialisti ospedalieri, medico di medicina generale e medico del distretto, il N.D.C.C. si attiva per verificare la disponibilità di una idonea rete famigliare di supporto, per attivare un'assistenza tutelare a domicilio, per provvedere alla fornitura di presidi ed ausilii, di materiale di uso sanitario e farmaci necessari all'assistenza domiciliare.
In particolare, al momento della dimissione lo specialista ospedaliero ed il medico di medicina generale concorderanno i tempi e le modalità di collaborazione e dovrà essere definita la massima possibilità di comunicazione diretta fra le due figure mediche.

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

Il referente territoriale (infermiere "case manager") del N.D.C.C.:
1. entro il giorno successivo all'approvazione del Direttore di Distretto:
- invia, tramite fax o e-mail, copia del Progetto Individuale di continuità assistenziale al Servizio di Cure Domiciliari o alla struttura sanitaria ed al MMG, indicando la data delle dimissioni;
- predispone e/o controlla la logistica per il trasporto del malato;
- informa i familiari dei possibili percorsi organizzativi per la dotazione necessaria di beni sanitari per la gestione assistenziale dopo la dimissione, con particolare riguardo:
- alla fornitura di protesi e ausili;
- alle persone di riferimento della ASL che "prenderanno in carico" l'assistito.
2. entro la data di dimissione:
- predispone l'accoglienza del paziente per la data/ora di dimissione stabilite;
- verifica la disponibilità delle risorse e programma le attività definite nel piano di dimissione;
- assicura le forniture necessarie (presidi/ausili) utili nelle prime 24 ore.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DATI DI PRODUZIONE E PRESA IN CARICO

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

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

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

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

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

Obiettivi del progetto

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

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

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

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

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

Durata del progetto

annuale

PIANO DI VALUTAZIONE

Obiettivo Generale	Incremento della presa in carico in strutture di Cure Intermedie a Valenza Sanitaria e in Cure Domiciliari dei pazienti in dimissione ospedaliera
Indicatore/i di risultato	I. % n° schede di Brass >10 / n° segnalazioni a NDCC II. tempo trascorso tra inizio ricovero e segnalazione del caso a NDCC III. tempo trascorso tra indicazione data di dimissione e presa in carico da NDCC IV. % n° casi segnalati a NDCC / n° casi presi in carico V. % n° dimissioni in cure domiciliari e in CAVS / n° scheda di Brass >10 VI. % n° casi con ri-ricovero in H su totale n° assistiti presi in carico in cure domiciliari VII. % n° casi con ri-ricovero in H / totale n° assistiti presi in carico in CAVS VIII. % n° familiari/care giver addestrati all'autogestione del caso / n° totale dei casi
Standard di processo	I. **100**% Brass >10 / n° segnalazioni a NDCC II. **90**% dei casi segnalati a NDCC entro i termini stabiliti (24 ore) III. **100**% dei casi segnalati presi in carico da NDCC entro i termini stabiliti (72 ore) IV. **90** % del n° casi presi in carico V. **90**% di dimissioni in cure domiciliari e in CAVS con scheda di Brass >10 VI. **10**% n° casi con ri-ricovero in H presi in carico in cure domiciliari VII. **10**% n° casi con ri-ricovero in H presi in carico in CAVS VIII. **80**% n° familiari/care giver addestrati all'autogestione del caso in cure domiciliari / n° totale dei casi dimessi in cure domiciliari

Obiettivo Specifico 1	Introduzione operativa del nuovo modello in tutti i Distretti e Presidi Ospedalieri
Indicatore/i di risultato	100% applicazione modello
Standard di risultato	100% applicazione modello

Obiettivo Specifico 2	Formazione di tutti gli operatori interessati all'utilizzo di criteri di individuazione delle priorità in previsione di accettazione dei pazienti in dimissione secondo i diversi luoghi di cura di destinazione (a partire dal MMG/PLS, alle cure domiciliari, alla riabilitazione, alle case di cura, ecc.) e secondo intensità delle cure previste
Indicatore/i di risultato	Numero 7 interventi formativi
Standard di risultato	Numero 5 interventi formativi

Obiettivo Specifico 3	Creazione di un sistema informatico/ivo per la gestione e la rilevazione di informazioni qualitative, di processo e di esito
Indicatore/i di risultato	% n° assistiti inseriti nel sistema informativo / n° totale degli assistiti presi in carico
Standard di risultato	100% dei casi segnalati e presi in carico deve essere tracciabile il percorso di dimissione

Cronoprogramma di realizzazione

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

8. RIORGANIZZAZIONE, RIQUALIFICAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

ASL AL

Distretti: Alessandria – Valenza / Acqui - Ovada / Casale M. / Novi L. - Tortona

Sottolivello assistenziale: Assistenza a domicilio

Responsabile: Direttore Distretto

Corresponsabili: Medici ed Infermieri del Distretto

Denominazione del progetto di miglioramento:
RIORGANIZZAZIONE, RIQUALIFICAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

Descrizione ed analisi del problema

Le dinamiche demografiche ed epidemiologiche evidenziano la tendenza all'invecchiamento della popolazione e l'incremento di patologie croniche invalidanti. Dall'analisi dei profili di salute rispetto ad alcune patologie croniche ad elevato impatto sanitario, infatti, emerge il notevole numero di pazienti in trattamento con farmaci antidiabetici, con farmaci ipertensivi, ultrasessantacinquenni affetti da scompenso cardiaco, ultrasessantacinquenni affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO); dato inoltre rilevante è rappresentato dal numero di ultrasessantacinquenni affetti da almeno 3 patologie croniche.

Nel 2014 i casi di anziani trattati in modo multi professionale sono n. 4.426, pari al 3,7% della popolazione anziana (=>65 anni). L'obiettivo regionale di attività era fissato al 4% dall'Addendum al Piano di rientro e dall'Azione 14.4.3 dei P.O.2013-2015.

L'analisi dei dati relativi al coefficiente di intensità assistenziale evidenzia che il volume complessivo d'attività di n. 14.003 casi trattati ed è costituito per il 55% (n. 7.706) dalle cosiddette "cure domiciliari prestazionali" (occasionali o cicliche o programmate) e dal 18,3% (n. 2.554) da cure domiciliari integrate di primo livello, a bassa intensità assistenziale. Pertanto, solo il 26,7% (n. 3.743) rientra tra le domiciliari integrate a media ed alta intensità assistenziale.

Il dato riguardante i casi con basso coefficiente di intensità assistenziale sproporzionato rispetto agli altri coefficienti indica un impegno del servizio e degli operatori principalmente in cure domiciliari di livello zero e primo e fa supporre:

1) la mancata presa in carico a livello distrettuale dei profili di cura più complessi;
2) la presenza elevata di cure domiciliari di tipo prestazionale, rispetto a forme complesse e avanzate di cura.

È, quindi, fondamentale considerare che per assistere a casa malati a complessità assistenziale elevata, affetti da pluri-patologie cronico-degenerative, in molti casi ad evoluzione irreversibile, è **necessaria l'introduzione di modelli assistenziali nuovi**, che contemplino **interventi flessibili e mutabili** nel tempo, **a differente intensità di cura** e tali da richiedere di **un'assistenza, estesa nelle 24 ore,** da parte di una **équipe integrata anche da professionalità specialistiche**.

Descrizione del progetto e delle attività

Il progetto prevede attività mirate a:

- l'**identificazione precoce dei malati**, con un modello si **sorveglianza proattiva**, attraverso strumenti nuovi come la predisposizione di registri di malati che "si avviano alla fine della vita" o come la definizione preliminare di elementi (connessi ai quadri patologici, all'autonomia fisica e cognitiva, al supporto familiare) che consentano di identificare precocemente malati con bisogni assistenziali potenzialmente complessi e, quindi, attivare forme di controllo adeguate;
- garantire **continuità di cura ospedale - territorio**, ripensando al rapporto con l'ospedale, superando rigidità organizzative con la pianificazione della dimissione ospedaliera (da considerare come un

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

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

CASISTICA DELLE SITUAZIONI COMPLESSE ASSISTIBILI AL DOMICILIO	
1. Persone fragili in condizione di disabilità, comorbilità, polipatologia, che si trovano nella fase postacuta a seguito di:	- fratture di femore, protesi d'anca, di ginocchio, politrauma - amputazione di arto - insufficienze d'organo - scompenso metabolico - complicanze settiche di ferite chirurgiche - quadri settici complicati - laringectomia - tracheostomia
2. Persone affette da patologie neurologiche:	- malattie cerebrovascolari, esiti di ictus cerebri - patologie neurologiche progressive o evolutive del SNC- SNP: neurodegenerative specifiche (morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson; atrofia multi-sistemica (MSA); sclerosi multipla (SM), corea di Huntington - malattie del motoneurone - stati vegetativi, di minima coscienza
3. Persone in fase avanzata di malattia per le quali sono indicate le cure palliative con intensità differenziata (cure di supporto, di fine vita):	- malati oncologici - malati non oncologici: - scompenso cardiaco cronico - insufficienza respiratoria cronica con particolare riferimento a pazienti che necessitano di assistenza alla ventilazione e /o di terapia continuativa - evoluzione di malattie neurologiche complesse - evoluzione di demenze, di Parkinson/parkinsonismi e di malattie cerebrovascolari - insufficienza epatica o renale in fase avanzata - insufficienza multi-organo e stati poli-patologici - esiti sfavorevoli di trapianto d'organo - disabilità gravi in esiti ed evoluzione di patologie genetiche malformative, degenerative dell'età neonatale, infantile, giovanile

Segnalazione/Proposta di ammissione

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

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

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

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

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

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

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

Valutazione del caso e Piano Assistenziale Individuale (PAI)

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

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

La valutazione viene effettuata da un team composto da:

- il medico di MG/pediatra LS dell'assistito;

- il medico, il coordinatore infermieristico e un infermiere dell'U.O. di Cure Domiciliari del Distretto;

- l'assistente sociale individuato dall'ente gestore delle funzioni socio-assistenziali;

- altre figure specialistiche collegate alla valutazione del singolo caso.

L'UVM svolge i seguenti compiti:

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

All'interno del team sono individuati:

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

La gestione del Progetto Assistenziale Individuale (PAI)

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

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

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

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

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

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

Accertamenti diagnostici e consulenze specialistiche

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

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

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

La fase di rivalutazione/monitoraggio

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

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

La dimissione

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

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

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

di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del progetto assistenziale individuale;

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

oltre alle dimissioni per decesso della persona assistita.

La qualità del servizio

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

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

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

La formazione e l'aggiornamento del personale

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

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

- ai responsabili dei Distretti e delle Direzioni Mediche dei P.O per lo sviluppo di competenze nell'ambito dell'organizzazione e gestione integrata dei servizi;

- ai medici MG/pediatri LS, ai medici e agli infermieri dei Distretti, ai medici e agli infermieri dei Reparti dei P.O. per lo sviluppo di competenze nell'ambito delle funzioni di valutazione integrata, presa in carico degli utenti e verifica dei progetti personalizzati;

- alle figure professionali sociali per lo sviluppo di competenze nell'ambito del lavoro di assistenza e tutela a domicilio.

Obiettivi

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

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

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

Durata del progetto

annuale

PIANO DI VALUTAZIONE

Obiettivo Generale	Introduzione di un modello organizzativo per l'assistenza dei pazienti mediante cure domiciliari
Indicatore/i di risultato	I. **%** malati assistiti >= 65 anni / residenti >= 65 anni II. **%** - malati assistiti >= 75 anni / residenti >= 75 anni III. **%** malati deceduti per anno a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla rete di Cure palliative a domicilio / malati deceduti per malattia oncologica per anno IV. n° giornate / anno di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) V. **%** di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3 gg / numero malati curati a domicilio con assistenza conclusa
Standard di risultato	I. **4%** malati assistiti >= 65 anni / residenti >= 65 anni presi in carico in cure domiciliari II. **7%** malati assistiti >= 75 anni / residenti >= 75 anni presi in carico in cure domiciliari III. **45%** malati deceduti per anno a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio / malati deceduti per malattia oncologica per anno IV. **2.475** giornate / anno di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) V. **80%** di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3 gg / numero malati curati a domicilio con assistenza conclusa

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

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

Cronoprogramma di realizzazione

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

9. PROGETTO SANITARIO DI INIZIATIVA "INFERMIERE DI FAMIGLIA"

ASL AL
Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
Sottolivello assistenziale: 20801
Responsabile: Direttore Distretto
Corresponsabili: Coordinatori Infermieristici Territoriali
Denominazione del progetto di miglioramento: PROGETTO SANITARIO DI INIZIATIVA "INFERMIERE DI FAMIGLIA"
Descrizione ed analisi del problema La ricerca dell'equilibrio tra performance clinica e vincoli economici è un imperativo che induce gli operatori della sanità a una continua valutazione dei diversi modelli assistenziali al fine di individuare, pur nel perseguimento della massima qualità dell'assistenza, delle soluzioni economicamente più sostenibili. Inoltre, negli ultimi anni si è assistito a un importante cambiamento dei bisogni assistenziali della popolazione. In particolare, l'aumento della frequenza di patologie croniche quali ad esempio le patologie neurologiche, cardiovascolari, tumorali, ecc., ha condotto ad una progressiva necessità di assistere il paziente dopo la dimissione dell'ospedale e a un prolungamento del bisogno di assistenza, anche quando le cure non sono più possibili. **Descrizione del progetto e delle attività** Sulla base delle valutazioni sopra esposte, si intende adottare un modello assistenziale di cui si riportano i punti salienti: 1) attuazione di un modello di assistenza proattiva, che sia capace di andare incontro al cittadino, raccogliendo la sua domanda di salute (manifesta) anche quando è inespressa (latente) e prima che evolva in un aggravamento o una complicanza. 2) presa in carico dei cittadini portatori di patologie croniche. 3) attuazione di stretta sinergia tra Medico di Medicina Generale e Infermiere di Famiglia, al fine di condividere la conoscenza dei pazienti e monitorarne le specifiche necessità di salute. 4) organizzazione di counseling infermieristici individuali o di gruppo, educando i pazienti all'autocura, attraverso una maggiore conoscenza della propria malattia e della sua gestione. 5) elaborazione di strategie di assistenza complesse, programmando nel tempo visite mediche, esami diagnostici, controlli da effettuare rispetto alle terapie somministrate. 6) identificazione delle aree di miglioramento e di prevenzione, attraverso l'adozione e la promozione di corretti stili di vita (abitudini alimentari, attività fisica…). 7) co – progettazione con le famiglie dei piani di assistenza individualizzati, fornendo consulenza per l'assistenza e per le migliorie strutturali abitative. 8) individuazione di strategie di sollievo per gestire situazioni a rischio, causate da scompenso emotivo e da stanchezza, attivando risorse territoriali (servizi socio – assistenziali, associazioni del territorio, reti amicali e vicinali…). 9) verificare la qualità delle azioni intraprese attraverso la raccolta sistematica dei dati, in base ad indicatori condivisi.
Obiettivi *Obiettivo Generale:* Adottare un modello assistenziale proattivo che assicuri le migliori performance organizzative e la sostenibilità economica presso il territorio di riferimento *Obiettivo Specifico 1:* Adozione del modello assistenziale proattivo nell'ambito distrettuale di Casale Monferrato *Obiettivo Specifico 2:* Adozione del modello assistenziale proattivo nell'ambito distrettuale di Novi Ligure – Tortona *Obiettivo Specifico 3:* Adozione del modello assistenziale proattivo sull'intero ambito provinciale

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Adottare un modello assistenziale proattivo che assicuri le migliori performance organizzative e la sostenibilità economica
Indicatore/i di risultato	1. Incremento % dei pazienti con patologie croniche presi in carico con modello assistenziale proattivo 2. Riduzione % accessi al Pronto Soccorso 3. Riduzione % giornate di ricovero inappropriate
Standard di risultato	1. >= 10 % di incremento dei pazienti con patologie croniche presi in carico con modello assistenziale proattivo 2. >= 10 % di riduzione accessi al Pronto Soccorso 3. >= 10 % di riduzione giornate di ricovero inappropriate

Obiettivo Specifico 1	Adozione del modello assistenziale proattivo nell'ambito distrettuale di Casale Monferrato
Indicatore/i di risultato	Periodo temporale entro cui adottare modello assistenziale proattivo
Standard di risultato	31 marzo 2016 adozione modello assistenziale proattivo

Obiettivo Specifico 2	Adozione del modello assistenziale proattivo nell'ambito distrettuale di Novi Ligure – Tortona
Indicatore/i di risultato	Periodo temporale entro cui adottare modello assistenziale proattivo
Standard di risultato	31 giugno 2016 adozione modello assistenziale proattivo

Obiettivo Specifico 3	Adozione del modello assistenziale proattivo sull'intero ambito provinciale
Indicatore/i di risultato	Periodo temporale entro cui adottare modello assistenziale proattivo
Standard di risultato	31 settembre 2016 adozione modello assistenziale proattivo

Cronoprogramma di realizzazione

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

10. RETE DI AMBULATORI INFERMIERISTICI DI VULNOLOGIA

ASL AL
Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
Sottolivello assistenziale: 20801
Responsabile: Direttore Distretto
Corresponsabili: Coordinatori Infermieristici Territoriali
Denominazione del progetto di miglioramento: RETE DEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI DI VULNOLOGIA
Descrizione ed analisi del problema Le lesioni croniche e acute, la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione rappresentano, in ambito ospedaliero e domiciliare un rilevante problema di assistenza sanitaria, che richiede un notevole impegno di gestione in termini di risorse umane, materiali e tecnologiche. Tale problema è destinato ad aumentare parallelamente con l'aumentare dell'età della popolazione, sempre più frequentemente portatrice di patologie croniche e invalidanti. **Descrizione del progetto e delle attività** Per offrire una assistenza ottimale a questa tipologia di pazienti, che comprenda anche l'aspetto della prevenzione ed educazione alla salute, è intenzione attivare una rete di ambulatori infermieristici di Wound Care (cura delle ferite) in tutto il territorio dell'ASL, gestito da personale infermieristico che, nel rispetto delle proprie e altrui competenze, applicando i protocolli aziendali e le linee guida più recenti, collaborerà con i referenti e/o i responsabili degli ambulatori specialistici, con gli specialisti del territorio, i MMG e i colleghi delle altre strutture. Questa rete ambulatoriale è un'opportunità che l'ASL offre ai cittadini portatori di lesioni cutanee che necessitano della consulenza e assistenza di un infermiere esperto in cura delle ferite. Ciò avviene attraverso la presa in carico della persona/utente, la valutazione dei bisogni assistenziali dei singoli, l'uso di metodologie di lavoro, la conoscenza dei nuovi materiali di medicazione e dei presidi, l'utilizzo di strumenti di pianificazione per obiettivi e di strumenti informativi aggiornati (cartella infermieristica, schede di valutazione…). Costituiscono obiettivi prioritari del progetto: - il miglioramento dell'accessibilità e della fruibilità dei cittadini ai servizi sanitari al fine di ricevere prestazioni di assistenza primaria focalizzata, soprattutto, al trattamento delle lesioni cutanee croniche e complesse; - la creazione un "anello" che assicuri il collegamento tra servizi, ospedale, territorio, in un'ottica di collaborazione multidisciplinare con MMG, AD, specialità ambulatoriali per una ottimale continuità assistenziale; - la garanzia delle risposte appropriate e di qualità, efficaci ed efficienti, ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione; - la promozione di attività di prevenzione (primaria e secondaria) attraverso una buona educazione alla salute (momenti di educazione alla cura della propria persona, counselling, gestione delle cronicità, cura/prevenzione del "piede diabetico", etc.); - lo sviluppo, di conseguenza, nelle persone (nell'ambito delle proprie funzioni) dei processi di auto-cura (self-care) al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole nelle scelte di natura assistenziale (empowerment del paziente); Il servizio è rivolto a pazienti esterni o interni (ricoverati in P.O. o ospiti delle Case di Riposo o altre strutture), che necessitano di una presa in carico per: □ gestione di ulcere varicose degli arti inferiori; □ controllo ferite chirurgiche; □ controllo di esiti di interventi di safenectomia; □ gestione/controllo specialistico di postumi di ferite traumatiche; □ consulenza, prevenzione, trattamento delle LdP (lesioni da pressione); □ counselling ed educazione sanitaria nel post-operatorio (follow-up); □ gestione e organizzazione per la continuità assistenziale ospedale-territorio per il trattamento delle lesioni. La verifica dei risultati attesi verrà fatta utilizzando i seguenti indicatori: □ riduzione liste d'attesa per i controlli e le medicazioni ripetute; □ presa in carico del paziente da parte degli operatori;

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

Obiettivi

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

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

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

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

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

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Realizzazione degli ambulatori infermieristici di vulnologia nel territorio dell'ASL AL, finalizzati al miglioramento delle performance del sistema assistenziale per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione presso l'intero ambito territoriale dell'ASL AL
Indicatore/i di risultato	Copertura del fabbisogno espresso (richieste pervenute) della popolazione di tutta l'ASL
Standard di risultato	Gestione 90 % richieste pervenute

Obiettivo Specifico 1	Presentazione del progetto al personale medico ed infermieristico di Ospedale e Territorio per l'illustrazione del percorso
Indicatore/i di risultato	Presentazione progetto
Standard di risultato	Effettuazione di almeno un incontro per la presentazione del progetto in ogni ambito territoriale dell'ASLAL

Obiettivo Specifico 2	Attivazione dell'Ambulatorio Vulnologico presso i territori di Casale e di Alessandria / Valenza
Indicatore/i di risultato	Attivazione Ambulatorio negli ambiti territoriali di Casale e Alessandria / Valenza
Standard di risultato	Ambulatorio attivato secondo il cronoprogramma di attività

Obiettivo Specifico 3	Attivazione dell'Ambulatorio Vulnologico presso i territori di Acqui / Ovada e Novi / Tortona
Indicatore/i di risultato	Attivazione Ambulatorio negli ambiti territoriali di Acqui / Ovada e Novi / Tortona
Standard di risultato	Ambulatorio attivato secondo il cronoprogramma di attività

Obiettivo Specifico 4	Miglioramento delle performance del sistema assistenziale per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione nell'intero ambito territoriale dell'ASL AL
Indicatore/i di risultato	Verifica tempi liste d'attesa per controlli e medicazioni Verifica N pazienti presi in carico Compliance terapeutica del paziente e dei care giver Complicanze e ricoveri ripetuti nei casi presi in carico Verifica spesa di materiali e ausili
Standard di risultato	Riduzione tempi di attesa controlli e medicazioni ripetute 90 % pazienti presi in carico rispetto al fabbisogno espresso (richieste pervenute) Migliore compliance terapeutica del paziente e dei care giver Riduzione del 10% delle complicanze e riduzione del 10% dei ricoveri ripetuti nei casi presi in carico Razionalizzazione della spesa di materiali e ausili

Cronoprogramma di realizzazione

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

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

ASL AL

Distretto: ACQUI-OVADA (studio pilota), estendibile ai rimanenti Distretti ASL AL

Sottolivello assistenziale: Assistenza domiciliare, cure primarie

Responsabile: Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore del Distretto

Corresponsabili: Medici di Medicina Generale, Infermieri di Famiglia

Denominazione del progetto di miglioramento: PRESA IN CARICO DEL CITTADINO FRAGILE CON PATOLOGIE CRONICHE IN POLI TERAPIA AL FINE DEL MIGLIORAMENTO DELL'ADERENZA TERAPEUTICA E DEL BILANCIO DI SALUTE

Descrizione ed analisi del problema

Le dinamiche demografiche, caratterizzate dal progressivo invecchiamento della popolazione, ed il contesto sanitario, che mostra un incremento delle patologie croniche costituiscono gli elementi che inducono a definire modelli di organizzazione assistenziale di presa in carico dei soggetti fragili.

Descrizione del progetto e delle attività

In linea con quanto sopra esposto, ed alla luce delle indicazioni della DGR - Regione Piemonte n. 12-2012 del 5 agosto 2015, relativa agli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi attribuiti ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, il gruppo di lavoro Ospedale-Territorio dell'ASL AL ha elaborato un piano di azione articolato su tre progetti principali, volti all'adeguamento della rete ospedaliera e alla riqualificazione territoriale con il fine ultimo di implementare la presa in carico e l'accoglienza del *cittadino fragile.*

Il Progetto si propone di implementare:

- Un approccio che orienti l'attenzione verso le modalità assistenziali di *medicina di iniziativa* e *di prossimità* offrendo le cure più appropriate al cittadino in un'ottica *di azione preventiva* e non *di attesa*;
- L'*empowerment* del cittadino attraverso la promozione di corretti stili di vita;
- La completa applicazione del concetto di multi-professionalità, inteso come collaborazione tra professionisti sanitari in particolare Medici di Medicina Generale (MMG), Medici Specialisti e Infermieri di famiglia.

Il Distretto di Ovada, considerate le caratteristiche epidemiologiche, sarà coinvolto nello studio della durata prevista di circa un anno (dicembre 2015-dicembre 2016). Farà seguito l'estensione del Progetto a tutti i Distretti dell'ASL AL.

Al fine di raggiungere gli obiettivi riportati sopra, il Progetto sarà articolato su tre cardini:

- Organizzazione e attivazione di un **"Centro di Accoglienza delle Fragilità"**, strutturato in modo multi-disciplinare (Medico di Medicina Generale, Medico Ospedaliero e Territoriale, Psicologo, Assistente Sociale, Fisioterapista, Infermiere, Infermiere di Famiglia e personale di supporto) per la presa in carico dei destinatari del Progetto e delle loro famiglie;
- **Azione di prioritarizzazione per un corretto uso dei farmaci**, con l'obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica in pazienti con policronicità e in politerapia farmacologica. A tal fine saranno attivati specifici programmi volti al miglioramento degli stili di vita e alla riduzione programmata e condivisa con il paziente delle terapie in atto (studio osservazionale *Primavengoio,* approvato dal Comitato Etico Interaziendale in data 15/10/2015);
- **Attivazione di quattro posti letto di osservazione breve territoriale (O.B.T.)** gestiti dai MMG con vigilanza infermieristica, ubicati nel Presidio Ospedaliero, da utilizzarsi nei casi prestabiliti dal Progetto e per un periodo massimo di osservazione di 24 ore.

Il Piano di azione prevede l'utilizzo degli indicatori di seguito riportati:

1) Indicatori Centro Accoglienza Fragilità – O.B.T.

Gli indicatori di esito saranno suddivisi nelle seguenti categorie:

A. Indicatori di Salute/Malattia

Patient reported outcomes:

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

B. Indicatori di Aderenza Terapeutica

Indice di Morisky:

- N pazienti aderenti a t.0 / N pazienti aderenti a t.1-t.2
- N pazienti per letto / 365 gg.
- N giornate utilizzo letto / 365 gg.

2) Indicatori PRIMAVENGOIO

Gli indicatori di esito saranno suddivisi nelle seguenti categorie:

A. Indicatori di Aderenza Terapeutica

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

B. Indicatori di Salute/Malattia

Patient reported outcomes:

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

C. **Indicatori di Utilizzo**

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

Obiettivi

Obiettivo Generale: Incremento della presa in carico e dell'accoglienza del cittadino fragile
Obiettivo Specifico 1: Organizzazione e attivazione del "Centro di Accoglienza delle Fragilità"
Obiettivo Specifico 2: Azione di prioritarizzazione per un corretto uso dei farmaci, con l'obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica in pazienti con policronicità e in politerapia farmacologica
Obiettivo Specifico 3: Attivazione di quattro posti letto di osservazione breve territoriale (O.B.T.)

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Incremento della presa in carico e dell'accoglienza del cittadino fragile
Indicatore/i di risultato	1. Incremento % dei pazienti con patologie croniche presi in carico con modello assistenziale 2. Riduzione % accessi al Pronto Soccorso 3. Riduzione % giornate di ricovero inappropriate
Standard di risultato	1. 20 % incremento pazienti con patologie croniche presi in carico con modello assistenziale proattivo * 2. 10 % riduzione accessi al Pronto Soccorso * 3. 10 % riduzione giornate di ricovero inappropriate *

*Considerato il progetto innovativo nelle sue caratteristiche ed in mancanza di dati in letteratura, gli standard saranno rivalutati sulla base dei risultati ottenuti

Obiettivo Specifico 1	Organizzazione e attivazione del "Centro di Accoglienza delle Fragilità"
Indicatore/i di risultato	Attivazione Centro Verifica Indicatori di esito
Standard di risultato	100% Centro attivato entro il 01.03.2016 80 % soddisfacimento indicatori di esito

Obiettivo Specifico 2	Azione di prioritarizzazione per un corretto uso dei farmaci, con l'obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica in pazienti con policronicità e in politerapia farmacologica
Indicatore/i di risultato	Attivazione *PRIMAVENGOIO* Verifica Indicatori di esito
Standard di risultato	*100% PRIMAVENGOIO* attivato entro il 01.03.2016 80 % soddisfacimento indicatori di esito

Obiettivo Specifico 3	Attivazione di quattro posti letto di osservazione breve territoriale (O.B.T.)
Indicatore/i di risultato	Attivazione O.B.T. Verifica Indicatori di esito
Standard di risultato	100% attivazione O.B.T. entro il 01.03.2016 80 % soddisfacimento indicatori di esito

Cronoprogramma di realizzazione

	Tempistica attività (Trimestri a partire dal 4° trimestre 2015)							
	1	2	3	4	5	6		
Attività 1: • Presentazione progetto all'Equipe Territoriale MMG Ovada • Diffusione progetto alla comunità locale								
Attività 2: Inizio attività Centro Accoglienza Fragilità, PRIMAVENGOIO, O.B.T								
Attività 3: Arruolamento attivo/passivo pazienti cronici								
Attività 4: Verifica indicatori di processo e di esito								
Attività 5: Riunioni periodiche con personale coinvolto per divulgazione dati								

PROGRAMMA DELLE ATTIVITA' TERRITORIALI – P.A.T.

(D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015)

ANNO 2016

PARTE GENERALE

DISTRETTI:

ALESSANDRIA – VALENZA
CASALE MONFERRATO
NOVI LIGURE – TORTONA
ACQUI TERME – OVADA

INDICE PARTE GENERALE

PREMESSA PAG. 3

L'ASL AL PAG. 5

LA RETE DISTRETTUALE DELL'ASL AL PAG. 6

PROGRAMMAZIONE ANNO 2016 PAG. 7

I DISTRETTI IN CIFRE PAG. 9

STRUTTURE SANITARIE TERRITORIALI ASL AL PAG. 17

PREMESSA

In Piemonte il processo di riorganizzazione e di riqualificazione del sistema sanitario è fondato su programmi operativi complessi che mirano al riequilibrio dei percorsi di cura che sono finalizzati ad acquisire maggiori livelli di appropriatezza sia in ambito ospedaliero che in ambito distrettuale.

Le modifiche previste dalla D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i. di adeguamento della rete ospedaliera agli standard della L. 135/2012 e del Patto di salute 2014-16 delineano un contesto di integrazione e di sinergia tra le reti di assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale e di dialogo, anche informatico, tra i sistemi.

Tuttavia, se il modello strutturale, organizzativo e funzionale dell'ospedale sembra ben definito, molto rimane ancora da delineare sul territorio. Sia i Distretti che l'assistenza primaria non hanno ancora avuto riscontro attraverso un modello organizzativo omogeneo e pienamente rispondente ai bisogni di salute dei cittadini.

A fronte di queste considerazioni appare evidente la necessità di sviluppare una proposta che, conformemente alla programmazione regionale, individui i Distretti come elementi organizzativi e gestionali fondamentali dell'assistenza primaria, nell'ottica di implementare l'integrazione tra ospedale e territorio.

La mission

La *mission* del territorio è occuparsi dei bisogni correlati a cronicità, complessità e fragilità. Per far ciò occorre riprogettare la filiera dei servizi secondo il criterio dell'integrazione delle cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera mediante:

- un **Distretto "forte"**:
  a) che rappresenti un contesto organizzativo e gestionale capace di fornire servizi di qualità e affidabili, di assicurare la continuità Ospedale-Territorio, l'integrazione socio-sanitaria e che sia dotato di un sistema di indicatori per valutare l'efficienza dell'assistenza erogata;
  b) in cui i bisogni e la domanda di salute della popolazione di riferimento siano presi in carico con una condivisa pianificazione con i Comuni e gli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali;
  c) in cui la gestione operativa delle attività sanitarie e socio-assistenziali si sviluppi attraverso la creazione di una rete di presidi territoriali socio-sanitari di cure intermedie (Hospice, Strutture di Cure Intermedie, RSA, ADI) insieme agli ambulatori dei MMG, dei PLS e distrettuali;
  d) dotato di strumenti gestionali quali la programmazione operativa (budget), un sistema informativo che connetta i vari sistemi informatici dei Medici MG, dell'Ospedale e quelli delle altre strutture aziendali (Salute Mentale, SerD, Laboratorio, Diagnostica, ecc.);
- una **riorganizzazione delle Cure Primarie** volta a migliorare le modalità di erogazione delle risposte ai bisogni dei pazienti con la creazione di team mono- multi-professionali e di servizi sanitari di prossimità e con l'utilizzo di strumenti di *clinical governance e auditing* interessanti anche la prevenzione primaria e secondaria, il miglioramento dei determinanti di salute, le cure domiciliari;
- una **riprogettazione del setting assistenziale** come luogo dove avvengono i processi, si utilizzano le risorse (input) e si ottengono risultati (output), attraverso:
  a) la medicina d'iniziativa, con l'aggregazione dei professionisti (AFT) e la formazione

di team multidisciplinari (UCCP);

b) modelli di cura basati sulla proattività e sul supporto all'autocura nonché di empowerment dei pazienti e dei care-giver;
c) team multidisciplinari dinamici e valorizzati da specialisti, nel caso in cui ci si sposti verso l'alto dell'ideale piramide della complessità dei bisogni e della conseguente complessità assistenziale;
d) la condivisione Ospedale-Distretto delle strategie di medicina d'iniziativa (es: follow-up post dimissione);
e) il controllo, mediante il governo clinico dei MMG, su uso ed allocazione delle risorse, su appropriatezza, qualità e equità dei percorsi assistenziali, introducendo accanto agli audit clinico-organizzativi gli "equity audit" (in quale misura i servizi riescono a raggiungere i gruppi più vulnerabili? in quale modo è possibile ridurre il gap in salute?).

Più in dettaglio, la proposta ha come obiettivo il rafforzamento della struttura distrettuale mediante una ***dimensione organizzativa*** e una ***dimensione clinico-assistenziale*** adeguate che comportano due livelli di responsabilità:

- di tipo organizzativo-gestionale inerente alla gestione delle strutture;
- di tipo clinico-assistenziale relativo alla definizione, applicazione e monitoraggio dei percorsi assistenziali

con la **finalità** di:

- garantire omogeneità ed equità nei livelli di erogazione dei servizi e delle prestazioni su tutto l'ambito di riferimento dell'ASL, per ridurre le differenze che si sono sviluppate nel corso degli anni tra i Distretti;
- assumere una visione in cui l'Ospedale sia caposaldo dell'acuzie e il Territorio sia cardine della cronicità.

Con ciò si intende promuovere un riassetto del sistema dei servizi sanitari in grado di rispondere appropriatamente ed efficacemente ai bisogni dei cittadini, salvaguardando le esigenze di sostenibilità del sistema stesso.

Per far ciò è necessario assumere la capacità di conoscere i bisogni assistenziali e di governare la domanda di prestazioni sotto tutti gli aspetti della rete socio- sanitaria.

L’ASL AL

L’ASL AL è Azienda del Servizio Sanitario Regionale, provvede alla gestione dei Servizi Sanitari nel territorio di riferimento e fornisce direttamente ai cittadini le prestazioni sanitarie attraverso i propri servizi / strutture oppure acquista le prestazioni fornite da strutture pubbliche o private accreditate che operano sotto il controllo del Servizio Sanitario Nazionale.

L’ASL garantisce l’erogazione delle prestazioni per le seguenti tipologie di assistenza sanitaria:

Assistenza Ospedaliera

Assistenza Territoriale

Assistenza Sanitaria di Prevenzione

La missione istituzionale dell’ASL AL consiste nel farsi carico, in modo costante ed uniforme, dei bisogni di salute dei residenti e nel garantire ai predetti l’erogazione delle prestazioni inserite nei livelli essenziali di assistenza assicurando risposte qualificate, appropriate e tempestive su più livelli di complessità.

In particolare, opera tenendo conto delle peculiarità, ricavabili dai dati statistici, sociali ed epidemiologici propri della Provincia di Alessandria quali, a puro titolo indicativo, l’elevato indice di vecchiaia della popolazione correlato all’aumento costante di malattie invalidanti e degenerative.

Ai fini del perseguimento delle sopraccitate finalità l’ASL AL ha strutturato un impianto organizzativo improntato ai seguenti principi:

- razionalità e adeguatezza delle risorse da impiegare;
- continuità e qualità dei servizi da offrire;
- analisi epidemiologica e valutazione dello stato di salute della popolazione;
- metodo della programmazione, della pianificazione e valutazione delle attività.

LA RETE DISTRETTUALE DELL'ASL AL

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 2015/711 del 06.10.2015 è stato formalizzato il nuovo Atto Aziendale dell'ASL AL e il relativo Piano di Organizzazione.

Nell'ambito del processo di riorganizzazione delle attività sanitarie, l'ASL ha come obiettivo il riconoscere il ruolo del Distretto per il governo della rete territoriale quale fondamentale articolazione organizzativa dell'ASL AL, coerente con i modelli più evoluti dell'assistenza primaria.

Tale nuovo ruolo del Distretto nasce per riequilibrare un sistema che, di fronte al crescente numero di malattie croniche e invalidanti, ha finora quasi esclusivamente investito nel settore delle malattie acute.

Di conseguenza, l'ASL AL ha adottato per il Distretto un sistema organizzativo "forte" che, riconducendo a tale struttura tutte le funzioni assegnate dall'art. 3 quinquies D.Lgs. 502/92 e s.m.i., è caratterizzato anche dalla capacità di realizzare servizi alternativi e non solo complementari all'ospedale.

La mission del sistema territoriale sarà quella di "curare a casa" promuovendo percorsi tesi al mantenimento della salute e dell'autonomia, con la massima razionalizzazione degli interventi.

Rispetto alla precedente articolazione organizzativa in n.7 Distretti, anche in ragione dei nuovi ruoli di rilevanza strategica assegnati alle strutture territoriali, il numero dei distretti è stato ridefinito in n.4:

1) Alessandria-Valenza
2) Casale Monferrato
3) Novi Ligure-Tortona
4) Acqui Terme-Ovada

Il Coordinamento dei Distretti viene garantito dalla Direzione Aziendale mediante l'istituzione di un Tavolo di Coordinamento Funzionale composto dai Direttori dei Distretti stessi con finalità di elaborazione di strategie comuni, e di omogeneità nelle procedure e nei criteri gestionali.

PROGRAMMAZIONE ANNO 2016

Per l'anno 2016 obiettivo prioritario dell'ASL AL è rappresentato dall'avvio della nuova organizzazione territoriale basata sui Distretti con le caratteristiche illustrate precedentemente, nel nuovo assetto previsto con l'Atto Aziendale approvato, con la dotazione degli organici necessari e le professionalità adeguate alla nuova proposta di offerta sanitaria.
I Direttori dei nuovi Distretti dovranno garantire flessibilità gestionale nelle sedi principali di ogni territorio onde favorire una maggiore comunicazione con i rappresentanti istituzionali.
La documentazione relativa ad indicatori e progetti allegati sarà oggetto di confronto sia attuale sia futuro con la massima disponibilità al miglioramento dell'attenzione ai bisogni espressi da parte delle comunità locali.

Obiettivo aziendale per l'anno 2016 risulta **pertanto l'avvio dell'assetto distrettuale previsto dal nuovo Piano di Organizzazione**, con la necessaria fase di riorganizzazione interna a seguito della nuova strutturazione conseguente alla nomina del Direttore di Distretto.
Gli obiettivi distrettuali 2016 sui diversi livelli assistenziali previsti dall'allegato 2 mirano, da un lato ad una omogeneizzazione degli indicatori di attività e fabbisogno sulle aree territoriali oggetto di unificazione, garantendo in linea di principio i livelli raggiunti sulle sedi distrettuali attuali, dall'altro ad un tendenziale avvicinamento al dato medio aziendale (individuato quale *Obiettivo aziendale 2016*) per quelle aree territoriali oggi al di sotto di tali valori di offerta.
L'anno 2016 rappresenta pertanto una tappa del percorso che, attuati i nuovi assetti territoriali, consentirà nei successivi esercizi la programmazione dei livelli di offerta e la definizione delle risorse correlate con il contributo propositivo e costante delle istituzioni e delle comunità locali.
Si precisa che il presente Programma delle Attività Territoriali (PAT) prevede il **mantenimento dei punti di erogazione di prestazioni e servizi distrettuali** (ambulatori, punti prelievo, consultori, …) presso le sedi attualmente presenti.

Gli obiettivi del PAT per l'anno 2016 sono indicati nell'allegato 2 del presente documento e negli specifici di miglioramento progetti previsti per ogni Distretto.
Per la quasi totalità degli stessi risulta essenziale ed imprescindibile una **forte integrazione con le attività e le risorse dei Servizi Sociali** presenti sul territorio, ai fini della pianificazione, coordinamento e verifica degli interventi ad alta integrazione socio-sanitaria.
A questo proposito si può prevedere l'istituzione, nei modi e nelle forme che potranno essere successivamente definite, di uno specifico **Tavolo di Coordinamento** per la pianificazione e verifica delle attività e degli interventi nei settori a forte integrazione socio-sanitaria.
Gli obiettivi ed i progetti previsti nel PAT per l'anno 2016 sono correlati alle risorse che saranno rese disponibili dal riparto regionale del fondo tenendo conto degli effetti che deriveranno dall'attuazione delle DGR 1-600 e 1-924 sul riordino della rete ospedaliera aziendale, provvedimenti recepiti dal Piano di Organizzazione conseguente al nuovo Atto Aziendale dell'ASL AL, approvato dalla Regione Piemonte con D.G.R. del 23.11.2015.
Il processo di attuazione del riordino della rete ospedaliera prevede step di attuazione progressivi, per cui gli effetti sull'anno 2016, esercizio di interesse del presente Programma, risulteranno ancora parziali.
Sono però di sicura rilevanza le previsioni di alcuni interventi e progetti sulla rete distrettuale derivanti dalla disponibilità di risorse professionali che saranno rese utilizzabili a seguito della riorganizzazione in atto. In particolare si evidenzia la previsione di una

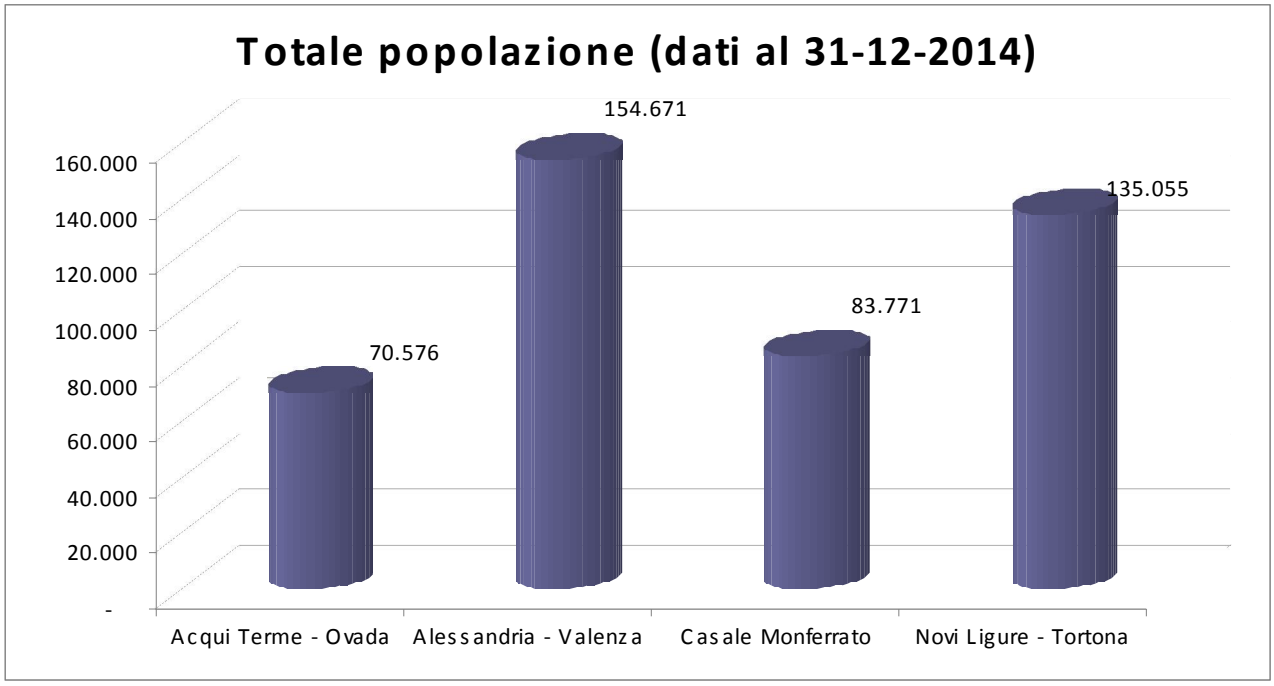
struttura territoriale di Cardiologia, con funzione interdistrettuale, presso quei territori nei quali è prevista la chiusura della relativa attività di degenza cardiologica.

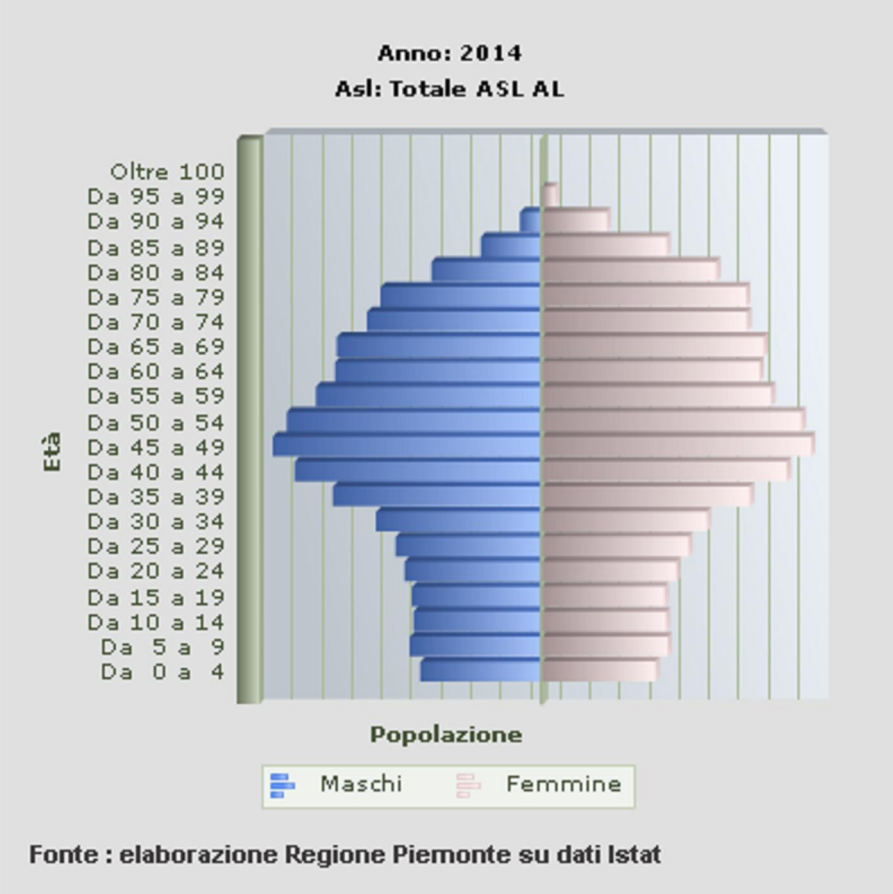
La sede di riferimento è ubicata presso il Distretto di Acqui T. – Ovada, con operatività su tutto il territorio dell'ASL AL; tre unità di medici cardiologi (2 + 1 responsabile) saranno rese disponibili per tale attività, unitamente alle necessarie figure infermieristiche, garantendo una concreta risposta al bisogno presente e offrendo un efficace strumento per **l'abbattimento delle liste d'attesa** particolarmente critiche per tale tipologia di prestazioni.
Analogamente si prevede l'attivazione di strutture interdistrettuali di **Diabetologia** territoriale, con sede di riferimento presso il Distretto di Casale M. (con operatività su tutto il territorio dell'ASL AL) e di **Vulnologia Clinica**, con sede di riferimento presso il Distretto di Novi L. - Tortona (con operatività su tutto il territorio dell'ASL AL) per garantire una presenza il più possibile capillare ed efficace sul territorio distrettuale, in forte integrazione e sinergia con i servizi offerti dalla rete ospedaliera aziendale e di Area funzionale interaziendale.
Anche per quanto riguarda la **Psicologia** è riconosciuto un ruolo importante di tale professione nella rete dei servizi distrettuali, al fine di assicurare una risposta concreta per le diverse aree di possibile intervento (**minori, disabilità, anziani, dipendenze, salute mentale**).
Si evidenzia, infine, la particolare attenzione assicurata, nell'ambito degli obiettivi e dei progetti del PAT per l'anno 2016, all'area delle **cure domiciliari** con specifici progetti mirati alla **continuità delle cure**, all'**integrazione ospedale-territorio**, allo sviluppo della figura dell'**infermiere di famiglia**, alla **medicina d'iniziativa**; tali interventi troveranno particolare sviluppo ed attenzione per le **patologie croniche** per le quali le azioni intraprese a livello di rete territoriale rappresentano lo strumento migliore in termini di efficacia ed economicità complessiva di sistema.
In questo quadro risulta essenziale l'**integrazione tra i Medici di Medicina Generale ed i Medici Specialisti** sia dell'Azienda ASL AL che dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria per assicurare la più compiuta presa in carico del paziente ed il miglioramento dei livelli di assistenza garantita attraverso la pianificazione dei percorsi di cura.
Le nuove forme organizzative dell'Assistenza primaria, nella configurazione di **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)**, sono destinate a garantire l'erogazione dell'assistenza primaria in forma capillarmente diffusa su tutto il territorio attraverso la gestione collaborativa ed integrata per il paziente e nei suoi percorsi assistenziali.
I nuovi modelli organizzativi dell'assistenza primaria sono destinati a sostituire, in un disegno di rete organicamente articolato e accessibile nelle diverse aree del territorio coordinato con il livello ospedaliero, tutte le forme associative monoprofessionali e multiprofessionali, gestionali e funzionali, oggi esistenti nella dimensione territoriale; l'attivazione e lo sviluppo di tali forme organizzative avverrà secondo le indicazioni regionali e nazionali.
Per quanto riguarda l'**assistenza psichiatrica**, la recente evoluzione normativa regionale, peraltro tutt'ora in atto, consentirà, al momento della sua piena definizione, di riorientare l'offerta sanitaria secondo gli indirizzi forniti.
Specifici progetti sono previsti per l'area **SER.D.** con particolare attenzione alle nuove dipendenze (ludopatie), agli inserimenti lavorativi ed agli interventi legati alla "riduzione del danno".

I DISTRETTI IN CIFRE

TERRITORIO E POPOLAZIONE

Distretto	Totale popolazione (dati al 31-12-2014)	Superficie (kmq)	Dens. demografica (ab/kmq)	Comuni	Pianura	Collina	Montagna
Acqui Terme - Ovada	70.576	766,79	92,76	45	1	26	18
Alessandria - Valenza	154.671	827,54	187,21	31	19	12	
Casale Monferrato	83.771	735,72	114,84	48	15	33	
Novi Ligure - Tortona	135.055	1.349,23	100,60	71	16	23	32
TOT	444.073	3.679,28	120,70	195	51	94	50

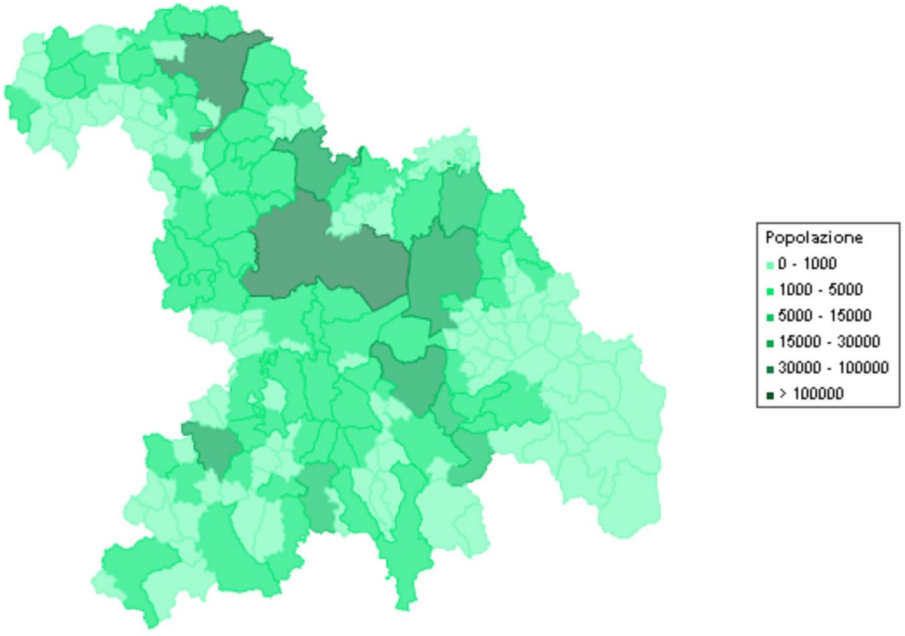




Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

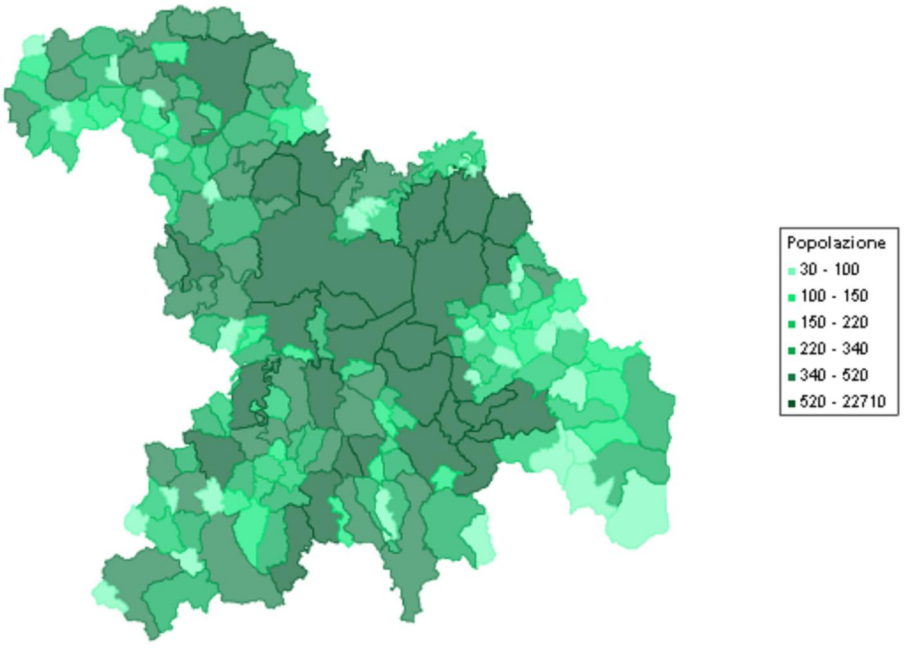
DISTRETTO		Classe di età			Totale	% distretto su totale ASL
		0-14	15-64	>=65		
ACQUI TERME OVADA	Maschi	3.826	21.238	9.122	34.186	16%
	Femmine	3.671	20.919	11.800	36.390	
	Totale	7.497	42.157	20.922	70.576	
ALESSANDRIA VALENZA	Maschi	9.580	47.890	16.598	74.068	35%
	Femmine	9.003	48.334	23.266	80.603	
	Totale	18.583	96.224	39.864	154.671	
CASALE MONFERRATO	Maschi	4.813	25.788	9.545	40.146	19%
	Femmine	4.521	25.859	13.245	43.625	
	Totale	9.334	51.647	22.790	83.771	
NOVI LIGURE TORTONA	Maschi	8.076	42.069	15.497	65.642	30%
	Femmine	7.570	41.245	20.598	69.413	
	Totale	15.646	83.314	36.095	135.055	
TOTALE	**Maschi**	**26.295**	**136.985**	**50.762**	**214.042**	
	Femmine	**24.765**	**136.357**	**68.909**	**230.031**	
	Totale	**51.060**	**273.342**	**119.671**	**444.073**	
% fasce d'età su totale ASL		**11,5%**	**61,6%**	**26,9%**		

MAPPA POPOLAZIONE ASL AL – per comune



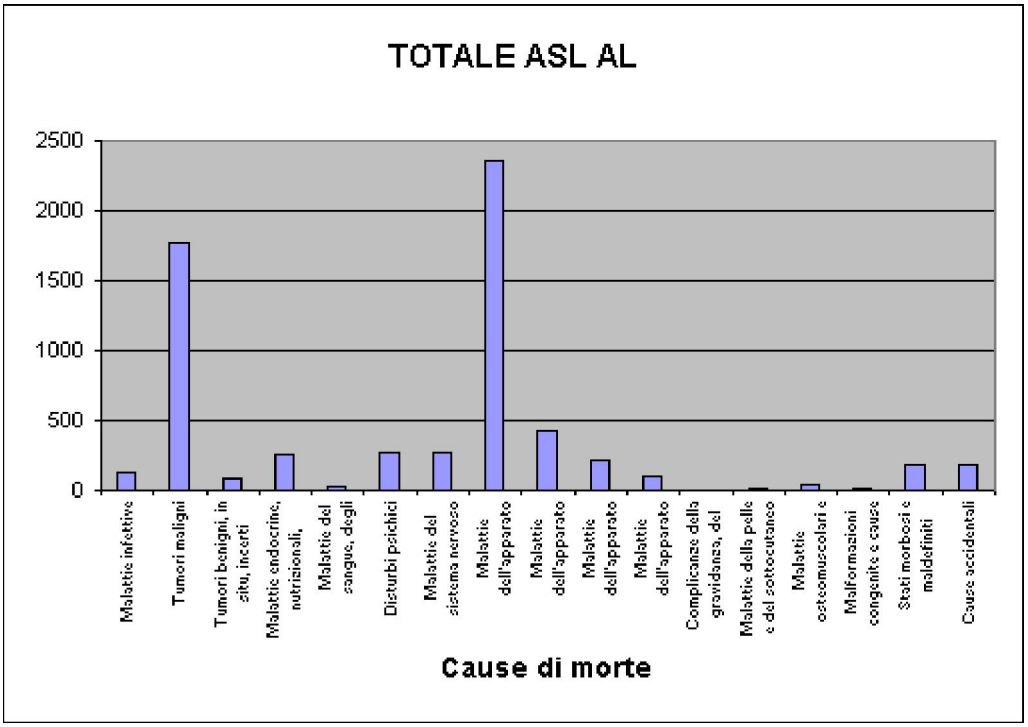
Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

MAPPA ULTRASESSANTACINQUENNI ASL AL – per comune



Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

CAUSE DI MORTE – ANNO 2012	TOTALE ASL AL		
	Maschi	Femmine	Totale
Malattie infettive	56	66	122
Tumori maligni	992	776	1768
Tumori benigni, in situ, incerti	50	42	92
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	102	150	252
Malattie del sangue, degli organi emopoitiche e disordini immunitari	13	14	27
Disturbi psichici	94	175	269
Malattie del sistema nervoso	112	155	267
Malattie dell'apparato circolatoro	990	1368	2358
Malattie dell'apparato respiratorio	222	200	422
Malattie dell'apparato digerente	100	116	216
Malattie dell'apparato genito-urinario	41	56	97
Complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio	0	1	1
Malattie della pelle e del sottocutaneo	6	8	14
Malattie osteomuscolari e del connettivo	16	23	39
Malformazioni congenite e cause perinatali	12	6	18
Stati morbosi e mal definiti	50	132	182
Cause accidentali	106	77	183
TOTALE	**2962**	**3365**	**6327**



STRANIERI RESIDENTI (AL 31.12.2014)

DISTRETTO	Maschi	Femmine	Totale
ALESSANDRIA-VALENZA	8.163	9.191	17.354
CASALE M.	3.300	3.976	7.276
NOVI L.-TORTONA	7.213	8.027	15.240
ACQUI T.-OVADA	3.009	3.494	6.503
TOTALE ASL AL	**21.685**	**24.688**	**46.373**

ASL AL - ESENZIONI TICKET

	Esenti Patol. Croniche		Esenti Patol. Rare		Esenti Invalidità	
	casi	% ASLAL su pop	casi	% ASLAL su pop	casi	% ASLAL su pop
0 anni	42	1,4%	7	0,2%	1	0,0%
1 - 4 anni	323	2,5%	56	0,4%	29	0,2%
5 - 14 anni	1.076	3,1%	341	1,0%	353	1,0%
15 - 44 anni	10.526	7,5%	1.118	0,8%	2.380	1,7%
45 - 64 anni	39.166	29,6%	906	0,7%	6.652	5,0%
65 - 74 anni	32.077	58,0%	305	0,6%	5.122	9,3%
75 anni e oltre	39.031	60,6%	160	0,2%	14.082	21,9%
TOTALE	122.242	27,5%	2.893	0,7%	28.619	6,4%

Sede legale: Viale Giolitti,2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

OSPEDALIZZAZIONE RESIDENTI ASL AL - (RO+DH)
ANNO 2014 - 1° SEM 2015
SINTESI

	TOTALE ASL AL	
	2014	2015
	Totale anno	1 semestre
TOTALE COMPLESSIVO DO + DH	**73.335**	**36.497**
TOTALE PIEMONTE	**61.793**	**30.726**
- di cui ASL AL	27.961	13.581
OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	*9.257*	*4.248*
OSPEDALE DI TORTONA	*5.959*	*2.941*
OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	*7.584*	*4.022*
OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	*4.154*	*1.877*
OSPEDALE CIVILE DI OVADA	*1.007*	*493*
- di cui AZIENDA OSPEDALIERA SS.ANTONIO E BIAGIO-C.ARRIGO	22.502	11.294
- di cui CASE DI CURA PRIVATE PROV. AL	6.681	3.712
- di cui ALTRI REGIONE PIEMONTE	4.649	2.139
FUORI REGIONE (dato 2013)	11.542	5.771

Popolazione 2014 - da BDDE Regione Piemonte	**444.073**	**444.073**
Popolazione 2014 PESATA ASS OSPEDALIERA	**470.273**	**470.273**

TASSO OSPEDALIZZAZIONE COMPLESSIVO - POP PESATA	**155,94**	**156,50**
TASSO OSPEDALIZZAZIONE EROGATORI REGIONE PIEMONTE	**131,40**	**131,76**
- di cui ASL AL	**59,46**	**58,24**
- di cui AZIENDA OSPEDALIERA SS.ANTONIO E BIAGIO-C.ARRIGO	**47,85**	**48,43**
- di cui CASE DI CURA PRIVATE PROV. AL	**14,21**	**15,92**
TASSO OSPEDALIZZAZIONE STRUTTURE EXTRAREGIONE (2013)	**24,54**	**24,75**

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

OSPEDALIZZAZIONE RESIDENTI ASL AL - (RO+DH)
ANNO 2014
DETTAGLIO PER DISCIPLINA

	Residenti TOTALE ASLAL											
	EROGATORE											
DISCIPLINA	TOTALE	PIEMONTE	TOT PPOO ASL AL	OSPEDALE CASALE M.	OSPEDALE TORTONA	OSPEDALE NOVI L.	OSPEDALE ACQUI T.	OSPEDALE OVADA	ASO AL	PRIVATI ASL AL	ALTRO PIEMONTE	EXTRA REGIONE
TOTALE	**73.335**	**61.793**	**27.961**	**9.257**	**5.959**	**7.584**	**4.154**	**1.007**	**22.502**	**6.681**	**4.649**	**11.542**
01 - ALLERGOLOGIA	**31**	31	30			30					1	0
02 - DAY HOSPITAL	**127**										0	127
05 - ANGIOLOGIA	**2**										0	2
06 - CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	**38**	15									15	23
07 - CARDIOCHIRURGIA	**417**	339							178	136	25	78
08 - CARDIOLOGIA	**5.375**	5.058	2.127	739	402	549	437		1.649	1.077	205	317
09 - CHIRURGIA GENERALE	**8.041**	6.857	4.208	888	1.467	1.107	746		993	1.182	474	1.184
10 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	**619**	575							457		118	44
11 - CHIRURGIA PEDIATRICA	**608**	508							500		8	100
12 - CHIRURGIA PLASTICA	**568**	444							404		40	124
13 - CHIRURGIA TORACICA	**361**	244							197		47	117
14 - CHIRURGIA VASCOLARE	**744**	598							547		51	146
15 - MEDICINA SPORTIVA	**1**										0	1
18 - EMATOLOGIA	**672**	579							547		32	93
19 - MALATTIE ENDOCRINE E DELLA NUTRIZIONE	**236**	190							170		20	46
20 - IMMUNOLOGIA	**8**	4									4	4
21 - GERIATRIA	**744**	725							713		12	19
24 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	**571**	488	210	210					239		39	83
25 - MEDICINA DEL LAVORO	**65**	1									1	64
26 - MEDICINA GENERALE	**9.609**	9.048	5.799	1.585	1.281	1.051	1.193	689	2.577	455	217	561
28 - UNITA' SPINALE	**86**	81							71		10	5
29 - NEFROLOGIA	**557**	533	166	33		133			326		41	24
30 - NEUROCHIRURGIA	**771**	574							527		47	197
31 - NIDO	**2.687**	2.401	967	395		512	60		1.316		118	286
32 - NEUROLOGIA	**2.678**	2.362	1.329	472	382	475			715	236	82	316
33 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	**256**	195							192		3	61
34 - OCULISTICA	**1.724**	1.226	355	284	40	28	3		512	219	140	498
35 - ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	**179**	170	54	54					94		22	9
36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	**7.759**	6.464	2.354	739	758	353	504		1.256	2.309	545	1.295
37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	**7.485**	6.232	3.255	1.082		1.561	612		2.457	47	473	1.253
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	**2.302**	1.907	971	270	535		166		797		139	395
39 - PEDIATRIA	**1.966**	1.613	667	5	438	184	40		884		62	353
40 - PSICHIATRIA	**1.144**	1.045	494	243		251			496		55	99
43 - UROLOGIA	**3.551**	3.015	1.793	517		1.026	250		650	252	320	536
47 - GRANDI USTIONATI	**23**	4									4	19
48 - NEFROLOGIA (TRAPIANTI DI RENE)	**60**	34									34	26
49 - TERAPIA INTENSIVA	**1.949**	1.904	1.448	872	454	72	50		401		55	45
50 - UNITA' CORONARICA	**524**	511	390	72	136	99	83		119		2	13
51 - ASTANTERIA	**69**										0	69
52 - DERMATOLOGIA	**122**	96									96	26
56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	**3.631**	2.236	546	314				232	484	674	532	1.395
57 - FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA	**30**										0	30
58 - GASTROENTEROLOGIA	**280**	172	51	36		15			34		87	108
60 - LUNGODEGENTI	**403**	353	143			57		86	47	67	96	50
61 - MEDICINA NUCLEARE	**84**	59							57		2	25
62 - NEONATOLOGIA	**64**	22									22	42
64 - ONCOLOGIA	**1.685**	1.370	474	319	66	81	8		781		115	315
65 - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	**138**	103									103	35
66 - ONCOEMATOLOGIA	**8**										0	8
67 - PENSIONATI	**90**	68	11	9			2		26		31	22
68 - PNEUMOLOGIA	**1.050**	927	119	119					758		50	123
69 - RADIOLOGIA	**40**	5									5	35
70 - RADIOTERAPIA	**11**	8									8	3
71 - REUMATOLOGIA	**182**	99							88		11	83
73 - TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	**71**	60							50		10	11
75 - NEURORIABILITAZIONE	**151**	100							73	27	0	51
76 - NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	**23**	1									1	22
77 - NEFROLOGIA PEDIATRICA	**49**	7									7	42
78 - UROLOGIA PEDIATRICA	**127**	126							114		12	1
97 - DETENUTI	**7**	6							6		0	1
98 - DAY SURGERY MULTISPEC / LAB ANALISI	**458**										0	458
99 - DIMISSIONE PROTETTA / ALTRE PRESTAZIONI	**24**										0	24

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE – N° PRESTAZIONI

	GEN-GIU 2015					GEN-GIU 2014				
	TIPO PRESTAZIONE					TIPO PRESTAZIONE				
EROGATORE	TOT	LABORATORIO	TAC	RMN	TERAPIA FISICA	TOT	LABORATORIO	TAC	RMN	TERAPIA FISICA
TOT PIEMONTE	3.652.578	2.700.386	14.815	17.456	52.968	3.860.632	2.939.893	14.472	17.830	56.842
H - DISTRETTO 1 - ACQUI TERME	310.691	244.098	800	0	4.681	339.187	279.506	924	0	6.308
H - DISTRETTO 2 - ALESSANDRIA	29.092	455	0	0	0	29.175	1.065	0	0	0
H - DISTRETTO 3 - CASALE	749.326	592.148	1.937	1.790	11.045	808.174	664.713	1.919	1.967	9.472
H - DISTRETTO 4 - NOVI LIGURE	1.091.758	974.362	1.337	2.619	6.431	1.194.221	1.077.187	1.321	2.813	13.451
H - DISTRETTO 5 - OVADA	36.436	356	326	0	4.725	36.071	413	267	0	5.094
H - DISTRETTO 6 - TORTONA	166.373	63.894	1.002	1.925	5.271	157.721	55.914	1.306	2.494	6.202
H - DISTRETTO 7 - VALENZA	15.718	320	0	0	0	19.090	655	0	0	0
ASO AL	857.462	615.034	2.951	1.979	5.531	851.068	626.403	1.896	319	5.311
CASA DI CURA CITTA DI AL	38.290	19.819	1.146	1.561	0	34.340	19.219	924	1.999	0
CASA DI CURA "SALUS"	48.366	37.636	135	0	0	56.702	43.901	116	0	0
ST."CENTOCANNONI"	46.932	0	3.022	4.581	0	44.758	0	3.313	4.882	0
STATIC	26.657	0	0	0	12.606	19.955	0	0	0	8.092
STUDIO RAD. PONZANO	1.259	0	0	0	758	1.999	0	0	0	910
STUDIO RADIOLOG. ZORINI	8.536	0	530	0	0	8.972	0	729	0	0
STUDIO RADIOLOGICO DR. FOCO	15.721	0	529	0	0	18.382	0	707	0	0
STUDIO RADIOLOGICO NEWIMA	9.909	0	413	1.549	0	9.974	0	424	1.478	0
CASA DI CURA VILLA IGEA	6.240	0	0	0	912	5.524	0	0	0	1.095
C.C. S.ANNA CASALE	47.229	39.460	69	833	0	61.132	47.231	0	1.232	0
LABORATORIO DOTT. QUAGLIA	52.340	52.340	0	0	0	61.641	61.641	0	0	0
ALTRO REGIONE	94.243	60.464	618	619	1.008	102.546	62.045	626	646	907
POPOLAZIONE (non pesata)	444.073	444.073	444.073	444.073	444.073	446.270	446.270	446.270	446.270	446.270
PREST PER ABITANTE (non pesato)	16,45	12,16	6,67	7,86	23,86	17,30	13,18	6,49	7,99	25,47
VAR RISPETTO 2014	*- 0,85*	*- 1,01*	*0,19*	*- 0,13*	*- 1,62*					
Indice per ab atteso 2014	14,52	10,25	5,15	7,88	23,30					

STRUTTURE SANITARIE TERRITORIALI ASL AL

	n°
Strutture Ambulatoriali extraospedaliere	
a gestione diretta territoriale - distrettuale	**12**
private accreditate	**11**
Totale posti letto RSA accreditati/convenzionati (esclusi p.l. fuori ASL)	**3.461**
Totale posti in Centri Diurni per anziani accreditati/convenzionati	**75**
di cui Centri Diurni Integrati (CDI)	**60**
di cui Centri Diurni Alzheimer Integrati (CDAI)	**15**
Totale posti letto convenzionati per assistenza residenziale disabili (esclusi p.l. fuori ASL)	**534**
Totale posti in Centri Diurni per disabili convenzionati	**392**
Totale posti letto Hospice a gestione diretta	**24**

MEDICINA E PEDIATRIA DI BASE

	n°
Medici di Medicina Generale	**327**
di cui operanti in Medicina di Associazione	**44**
di cui operanti in Medicina di Rete	**114**
di cui operanti in Medicina di Gruppo	**119**
Pediatri di Libera Scelta	**37**
di cui operanti in medicina di associazione	**13**
di cui operanti in medicina di gruppo	**5**
Continuità Assistenziale – Guardia Medica (numero sedi)	**15**
CENTRI DI ASSISTENZA PRIMARIA (CAP)	**1**
CONSULTORI FAMILIARI	**24**
di cui Sedi Distrettuali	**4**
di cui Sedi Sub Distrettuali	**20**
FARMACIE	
Farmacie convenzionate	**195**
Dispensari farmaceutici	**42**
MEDICINA LEGALE (sedi)	**7**

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIE DELLE DIPENDENZE

	n°
SER.D.	**7**
Centri Diurni per tossicodipendenti e alcoolisti a gestione diretta	**1**

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

	n°
Centri di Salute Mentale	**7**
Centri Diurni	**1**
Servizi Psichiatri di Diagnosi e Cura	**2**
Comunità Protette a gestione diretta	**1**
Gruppi Appartamento	**25**
di cui gestione diretta	**7**
di cui gestione privata	**18**
Posti in convenzione per assistenza residenziale psichiatrica	**123**
di cui Comunità protetta di tipo A	**6**
di cui Comunità protetta di tipo B	**76**
di cui Comunità alloggio	**41**

PROGRAMMA DELLE ATTIVITA' TERRITORIALI – P.A.T.

(D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015)

ANNO 2016

DISTRETTO DI CASALE MONFERRATO

INDICE

IL DISTRETTO DI CASALE MONFERRATO PAG. 3

STRUTTURE SANITARIE TERRITORIALI PAG. 11

PROGRAMMAZIONE ANNO 2016 PAG. 14

LEGENDA PAG. 16

ALLEGATO 2 – LO SCHEMA DEL PAT PAG. 17

ALLEGATO 3 - SCHEDE PROGETTUALI PAG. 24

IL DISTRETTO DI CASALE M.

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

TOTALE		CASALE M.	84.490	735,72	114,84

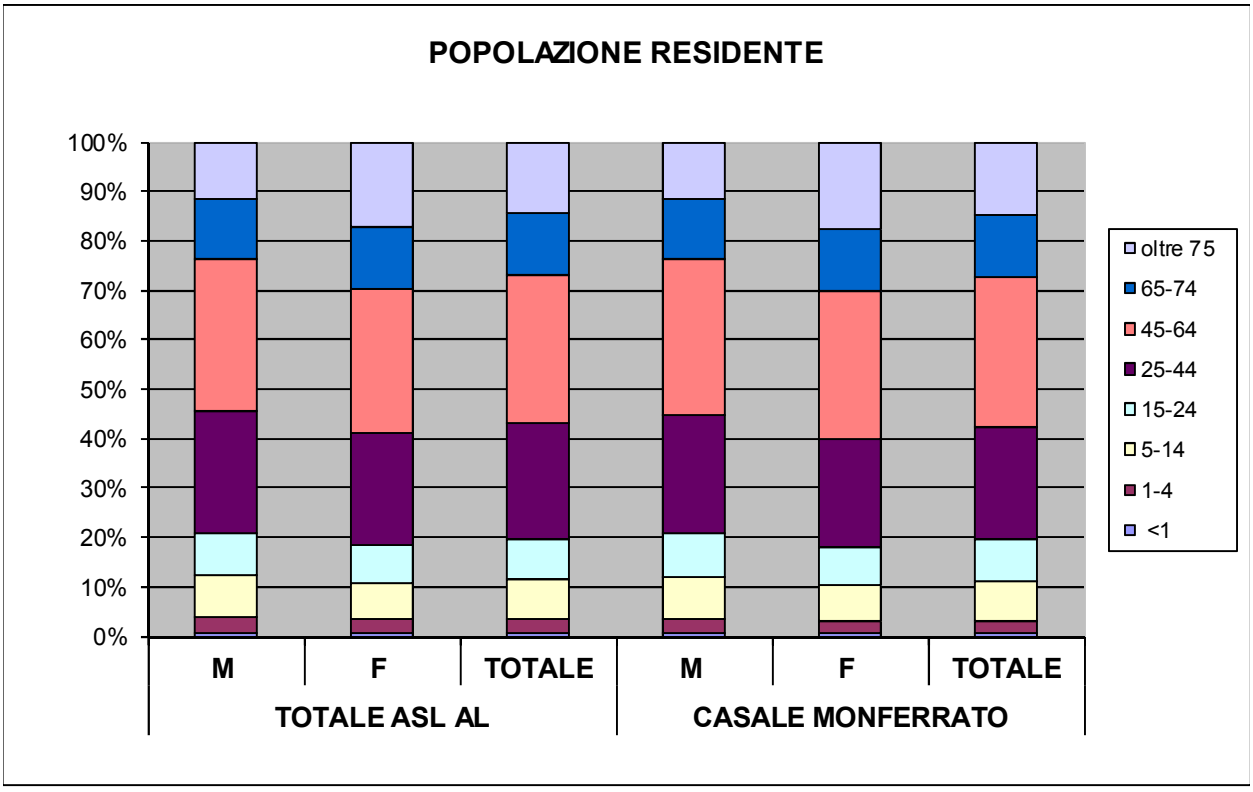
	n°	%
COMUNI	**48**	
di cui pianura	15	31,3%
di cui collina	33	68,8%
di cui montagna	0	0,0%

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

POPOLAZIONE RESIDENTE AGGIORNATA AL 31.12.2014

Fonte dati: BDDE Regione Piemonte

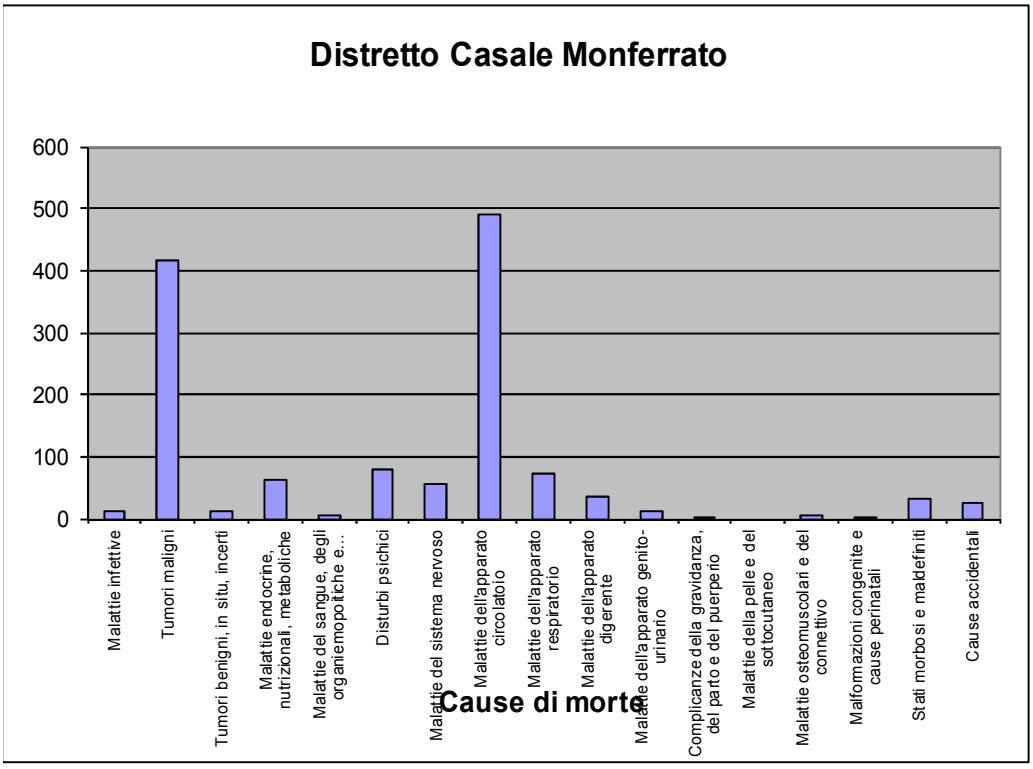
Fascia di età	TOTALE ASL AL			CASALE MONFERRATO		
	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE
<1	1.533	1.430	2.963	257	235	492
1-4	6.841	6.299	13.140	1.129	1.081	2.210
5-14	17.921	17.036	34.957	3.427	3.205	6.632
15-24	18.392	17.488	35.880	3.638	3.410	7.048
25-44	52.818	52.179	104.997	9.453	9.442	18.895
45-64	65.775	66.690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



ESENZIONI TICKET – DISTRETTO CASALE M.

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

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



Sede legale: Viale Giolitti,2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

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

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

Popolazione 2014 - da BDDE Regione Piemonte	**83.771**	**83.771**
Popolazione 2014 PESATA ASS OSPEDALIERA	**88.713**	**88.713**

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

NOTA BENE: IL DATO DEI RICOVERI EXTRAREGIONE E' RELATIVO AL 2013

IL TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE E' IL N° RICOVERI OGNI 1000 ABITANTI
IL T.O. 1^ SEMESTRE 2015 E' TENDENZIALE E RAPPORTATO ALL'ANNO INTERO

Sede legale: Viale Giolitti,2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

OSPEDALIZZAZIONE RESIDENTI DISTRETTO CASALE M. (RICOVERI ORDINARI + DH)

	ANNO 2014											
	EROGATORE											
DISCIPLINA	TOTALE	PIEMONTE	PPOO ASLAL	OSPEDALE CASALE M.	OSPEDALE TORTONA	OSPEDALE NOVI L.	OSPEDALE ACQUI T.	OSPEDALE OVADA	ASO AL	PRIVATI ASL AL	ALTRO PIEMONTE	EXTRAREG
TOTALE	13.831	12.638	7.834	7.745	53	29	7	0	1.683	853	2.268	1.193
02 - DAY HOSPITAL	14										0	14
06 - CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	6	4									4	2
07 - CARDIOCHIRURGIA	88	77							57	8	12	11
08 - CARDIOLOGIA	1.105	1.060	675	675					228	44	113	45
09 - CHIRURGIA GENERALE	1.502	1.317	819	786	31	1	1		41	212	245	185
10 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	47	42							10		32	5
11 - CHIRURGIA PEDIATRICA	98	88							83		5	10
12 - CHIRURGIA PLASTICA	71	61							45		16	10
13 - CHIRURGIA TORACICA	75	65							25		40	10
14 - CHIRURGIA VASCOLARE	149	135							109		26	14
18 - EMATOLOGIA	96	92							76		16	4
19 - MALATTIE ENDOCRINE E DELLA NUTRIZIONE	15	14							7		7	1
20 - IMMUNOLOGIA	3	3									3	0
21 - GERIATRIA	11	10							3		7	1
24 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	183	174	152	152					5		17	9
25 - MEDICINA DEL LAVORO	14	1									1	13
26 - MEDICINA GENERALE	1.661	1.621	1.376	1.374	1		1		31	98	116	40
28 - UNITA' SPINALE	8	7							3		4	1
29 - NEFROLOGIA	56	55	29	29					11		15	1
30 - NEUROCHIRURGIA	136	97							75		22	39
31 - NIDO	473	464	354	353		1			36		74	9
32 - NEUROLOGIA	540	504	428	428					23	15	38	36
33 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	42	30							28		2	12
34 - OCULISTICA	373	342	131	131					83	74	54	31
35 - ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	77	75	42	42					16		17	2
36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.629	1.445	666	655	7	2	2		115	344	320	184
37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.291	1.198	843	839		4			70	34	251	93
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	400	369	237	235	2				62		70	31
39 - PEDIATRIA	216	173	10	5	5				125		38	43
40 - PSICHIATRIA	210	199	183	180		3			5		11	11
43 - UROLOGIA	665	643	424	406		17	1		50	9	160	22
47 - GRANDI USTIONATI	2	2									2	0
48 - NEFROLOGIA (TRAPIANTI DI RENE)	6	6									6	0
49 - TERAPIA INTENSIVA	753	750	699	693	3	1	2		27		24	3
50 - UNITA' CORONARICA	96	95	67	65	2				27		1	1
51 - ASTANTERIA	11										0	11
52 - DERMATOLOGIA	50	46									46	4
56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	622	521	258	258					51	14	198	101
57 - FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA	1										0	1
58 - GASTROENTEROLOGIA	74	65	29	29					2		34	9
60 - LUNGODEGENTI	46	42							1	1	40	4
61 - MEDICINA NUCLEARE	19	15							14		1	4
62 - NEONATOLOGIA	18	15									15	3
64 - ONCOLOGIA	477	438	295	293	2				74		69	39
65 - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	42	36									36	6
67 - PENSIONATI	19	18	7	7					3		8	1
68 - PNEUMOLOGIA	171	155	110	110					22		23	16
69 - RADIOLOGIA	4										0	4
70 - RADIOTERAPIA	6	5									5	1
71 - REUMATOLOGIA	28	18							10		8	10
73 - TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	14	13							8		5	1
75 - NEURORIABILITAZIONE	22	6							6		0	16
76 - NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	3										0	3
77 - NEFROLOGIA PEDIATRICA	5	4									4	1
78 - UROLOGIA PEDIATRICA	24	23							16		7	1
98 - DAY SURGERY MULTISPEC / LAB ANALISI	63										0	63
99 - DIMISSIONE PROTETTA / ALTRE PRESTAZIONI	1										0	1

Sede legale: Viale Giolitti,2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

ANALISI FABBISOGNO ACCESSI PRONTO SOCCORSO

RESIDENTI DISTRETTO DI CASALE M.

Gennaio - Dicembre 2014

FASCE ETA'	Colore Bianco		Colore Verde		Colore Giallo		Colore Rosso		TOTALE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
0 - 6 anni	211	151	1.315	975	65	61	3	4	1.594	1.191
7 - 14 anni	143	98	1.086	778	40	23	2	1	1.271	900
15 - 44 anni	407	341	4.055	4.714	137	225	10	1	4.609	5.281
45 - 64 anni	222	195	3.225	2.809	210	148	24	4	3.681	3.156
65 - 74 anni	50	55	1.351	1.295	188	134	15	6	1.604	1.490
75 anni ed oltre	37	55	1.903	2.682	445	563	31	44	2.417	3.349
TOTALE	**1.070**	**895**	**12.935**	**13.253**	**1.085**	**1.154**	**85**	**60**	**15.176**	**15.367**

Gennaio - Giugno 2015

FASCE ETA'	Colore Bianco		Colore Verde		Colore Giallo		Colore Rosso		TOTALE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
0 - 6 anni	126	66	772	523	40	27	3	1	941	617
7 - 14 anni	59	48	564	437	15	10	-	-	638	495
15 - 44 anni	175	180	1.967	2.302	77	105	5	5	2.224	2.592
45 - 64 anni	130	80	1.532	1.392	127	74	13	7	1.802	1.554
65 - 74 anni	27	20	689	635	80	78	13	2	810	737
75 anni ed oltre	21	29	1.008	1.424	248	312	19	23	1.298	1.793
TOTALE	**538**	**423**	**6.532**	**6.713**	**587**	**606**	**53**	**38**	**7.713**	**7.788**

Sede legale: Viale Giolitti,2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

ASSISTENZA SPECIALISTICA 2014 – 2015 RESIDENTI DISTRETTO CASALE M.

	GEN-GIU 2015					GEN-GIU 2014				
	TIPO PRESTAZIONE					TIPO PRESTAZIONE				
EROGATORE	TOT	LABORATORIO	TAC	RMN	TERAPIA FISICA	TOT	LABORATORIO	TAC	RMN	TERAPIA FISICA
TOT PIEMONTE	**746.353**	**559.136**	**2.743**	**3.490**	**10.925**	**798.574**	**615.746**	**2.671**	**3.710**	**9.452**
H - DISTRETTO 1 - ACQUI TERME	**366**	115	1	0	0	**243**	163	0	0	0
H - DISTRETTO 2 - ALESSANDRIA	**628**	2	0	0	0	**444**	1	0	0	0
H - DISTRETTO 3 - CASALE	**602.603**	464.564	1.757	1.659	10.026	**642.297**	513.672	1.770	1.786	8.672
H - DISTRETTO 4 - NOVI LIGURE	**1.498**	1.174	0	12	20	**1.600**	1.369	3	10	0
H - DISTRETTO 5 - OVADA	**72**	0	0	0	10	**39**	0	0	0	0
H - DISTRETTO 6 - TORTONA	**782**	121	1	8	0	**692**	119	5	18	10
H - DISTRETTO 7 - VALENZA	**2.108**	16	0	0	0	**2.990**	162	0	0	0
ASO AL	**32.750**	21.815	224	74	64	**31.118**	21.095	183	10	14
CASA DI CURA CITTA DI AL	**725**	248	49	77	0	**554**	161	69	55	0
CASA DI CURA "SALUS"	**330**	225	0	0	0	**315**	184	0	0	0
ST."CENTOCANNONI"	**4.774**	0	255	461	0	**3.359**	0	289	336	0
STATIC	**178**	0	0	0	57	**72**	0	0	0	0
STUDIO RAD. PONZANO	**3**	0	0	0	0	**25**	0	0	0	0
STUDIO RADIOLOG. ZORINI	**34**	0	5	0	0	**27**	0	6	0	0
STUDIO RADIOLOGICO DR. FOCO	**18**	0	0	0	0	**7**	0	1	0	0
STUDIO RADIOLOGICO NEWIMA	**5**	0	0	1	0	**6**	0	0	0	0
CASA DI CURA VILLA IGEA	**10**	0	0	0	0	**7**	0	0	0	0
C.C. S.ANNA CASALE	**46.270**	38.813	69	784	0	**59.557**	46.420	0	1.063	0
LABORATORIO DOTT. QUAGLIA	**16**	16	0	0	0	**11**	11	0	0	0
ALTRO REGIONE	**53.183**	32.027	382	414	748	**55.211**	32.389	345	432	756
POPOLAZIONE (non pesata)	**83.771**	83.771	83.771	83.771	83.771	**84.490**	84.490	84.490	84.490	84.490
PREST PER ABITANTE (non pesato)	**17,82**	**13,35**	**6,55**	**8,33**	**26,08**	**18,90**	**14,58**	**6,32**	**8,78**	**22,37**
VAR RISPETTO 2014	***- 1,08***	*- 1,23*	*0,23*	*- 0,45*	*3,71*					
Indice per ab atteso 2014	**14,52**	**10,25**	**5,15**	**7,88**	**23,30**					

STRUTTURE SANITARIE TERRITORIALI

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

MEDICINA E PEDIATRIA DI BASE

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

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIE DELLE DIPENDENZE

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

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

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

PROGRAMMAZIONE ANNO 2016

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

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

del paziente ed il miglioramento dei livelli di assistenza garantita attraverso la pianificazione dei percorsi di cura;

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

ALLEGATI:

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

LEGENDA

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

Allegato 2 **Lo schema del PAT**

ASL AL - Distretto CASALE MONFERRATO

Cod. LA	Livello Assistenziale	Co-responsabilità (eventuale)	Indicatore	Valore obiettivo aziendale 2016	Valore obiettivo del Distretto 2016	Valore rilevato nell'anno 2014	Azioni previste dal Distretto per realizzare il proprio obiettivo	Esistenza di scheda progettuale (SI/NO) (3)
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro		Percentuale di unità controllate	**6%**			Il servizio dovrà attivarsi per raccogliere i dati a livello distrettuale	NO
10500	Attivita` di prevenzione rivolte alle persone (incl screening)		N prestazioni di primo livello - Screening mammella in rapporto alla popolazione di riferimento	**standard regionali**	**0,43**	**0,43**	Accordo con ASOAL per 2° liv. Acquisto prestazioni da rete ospedaliera per 2° liv.	NO
			N prestazioni di primo livello - Screening utero in rapporto alla popolazione di riferimento	**standard regionali**	**0,42**	**0,42**	Accordo con ASOAL per 2° liv. Acquisto prestazioni da rete ospedaliera per 2° liv.	NO
			N prestazioni di primo livello - Screening sigmo in rapporto alla popolazione di riferimento	**standard regionali**	**0,02**	**0,02**	Accordo con ASOAL per 2° liv. Acquisto prestazioni da rete ospedaliera per 2° liv.	NO
			N prestazioni di primo livello - Screening FOBT (a liv ASL) in rapporto alla popolazione di riferimento	**standard regionali**			Accordo con ASOAL per 2° liv. Acquisto prestazioni da rete ospedaliera per 2° liv.	NO

			Copertura vaccinale nei bambini (ciclo base e MPR)	**Ciclo base 95,9% MPR 89,6%**	**94,82% 89,84%**	94,82% 89,84%	Si rimanda al progetto All 3	SI
10600	Servizio medico legale		N° prestazioni di medicina legale	**36.000**			Il servizio dovrà attivarsi per raccogliere i dati a livello distrettuale	NO
20100	Guardia medica		N. visite in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,18**	**0,11**	**0,10**	Informatizzazione delle postazioni della Guardia Medica finalizzata ad assicurare la progressiva continuità dell'assistenza sanitaria	NO
			N. Ore apertura in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,19**	**0,21**	**0,20**		
20201	Medicina generale - Medicina generica		N. MMG IN AFT (Aggreg Funzionali Territoriali) rispetto totale MMG	**in via definizione**	**in via definizione**	-	Per AFT/UCCP si rinvia alle disposizioni regionali di riferimento	NO
			N. MMG IN UCCP (Unità Complesse Cure Primarie) rispetto al totale MMG	**in via definizione**	**in via definizione**	-		NO
20202	Medicina generale - Pediatria di libera scelta		N° bilanci di salute (dato complessivo) sul numero nati	**8,12**	**8,01**	**7,10**	Accordi con PLS	NO
			N. PDL IN AFT (Aggreg Funzionali Territoriali) rispetto al totale di PDL	**in via definizione**	**in via definizione**	-	Per AFT/UCCP si rinvia alle disposizioni regionali di riferimento	NO
			N. PDL IN UCCP (Unità Complesse Cure Primarie) rispetto al totale di PDL	**in via definizione**	**in via definizione**	-		NO

20300	Emergenza sanitaria territoriale (118)		Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	**13,00**	**13**	13	Attività gestita da ASO AL	NO
20401	Ass. farmaceutica - Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate		Costo netto dell'assistenza farmaceutica in rapporto alla popolazione di riferimento (i dati si riferiscono al conto 3100404)	**129,00**	**132,00**	**134,74**	Si rimanda al progetto All 3	SI
			Percentuale di consumo annuo (DDD) dei farmaci appartenenti al PHT in rapporto alla popolazione di riferimento	**8,00**	**7,00**	**6,88**		
20402	Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell`assistenza farmaceutica		Costo netto dell'assistenza farmaceutica (DISTRIBUZIONE DIRETTA) in rapporto alla popolazione di riferimento	**42,00**	**55,00**	**58,49**	Si rimanda al progetto All 3	SI
20500	Assistenza integrativa		Totale costo netto di assistenza integrativa **per mille abitanti in rapporto alla popolazione di riferimento** - (rif. conti di bilancio 3101801-02-34 - Fonti: Distretto e Dip Farmaceutico)	**13.950**	**13.000**	**12.294**	Omogeneizzazione delle procedure nell'ambito dei singoli distretti	NO
20601	Assistenza specialistica - Attivita` clinica		Numero di prestazioni per abitante	**3,00**	**3,20**	**3,56**	Mantenimento del valore e attenzione a liste e tempi di attesa	NO
20602	Assistenza specialistica - Attivita` di laboratorio		Numero di prestazioni per abitante	**11,20**	**12,20**	**12,71**		NO
20603	Assistenza specialistica - Attivita` di diagnostica strumentale e per immagini		Numero di prestazioni per abitante	**0,88**	**0,85**	**0,87**		NO

			Numero di prestazioni di RM per 100 residenti	**6,50**	**7,00**	**7,26**		NO
20700	Assistenza protesica		Costo netto dell'assistenza protesica **per mille abitanti** in rapporto alla popolazione di riferimento- (Rif. conto di bilancio 3101803 - Fonte: Distretto)	**3.300**	**3.100**	**3.117**	Omogeneizzazione delle procedure nell'ambito dei singoli distretti	NO
20801	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a domicilio (ADI)		% di anziani >= 65 anni trattati in ADI (da indicazioni regionali liv. Intesità 3-4 senza malati terminali) in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,85%**	**2,40%**	**2,45%**	da valutare nel complesso dell'assistenza agli anziani	SI
20802	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)		N prestazioni di consultorio per mille abitanti in rapporto alla popolazione di riferimento	**85,00**	**72**	**62,98**	Attivazione totem informativi multilingua	NO
20803	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica		Utenti in carico nei centri di salute mentale in rapporto alla popolazione di riferimento per 100.000 abitanti (dati 2015)	**2.700**	**2.850**	**1.353,56**	Da valutare nel complesso dell'assistenza psichiatrica	NO
20804	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai disabili		N. giornate di assistenza riabilitativa a favore di disabili in rapporto alla popolazione di riferimento = **prestazioni orarie**	**0,06**	**-**	**0,00**	Da valutare nel complesso dell'assistenza a disabili	NO
20805	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipendenti		N° utenti in carico (**per 1000 abitanti**) in rapporto alla popolazione di riferimento	**14,50**	**13,60**	**13,53**	Da valutare nel complesso dell'assistenza ai tossicodipendenti	SI

20806	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani		% di anziani >= 65 anni trattati a domicilio in rapporto alla popolazione di riferimento (oltre ADI livello 20801) (da indic regionali liv. Intensità da 0 a 2)	**6,0%**	**9%**	**9,27%**	Da valutare nel complesso dell'assistenza agli anziani	SI
20807	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali		% malati terminali trattati in Cure domiciliari = casi trattati (la Regione non ha individuato la popolazione di riferimento per il calcolo della %)	**1.150**	**335**	**329**	Programmazione con Rete Oncologica	NO
21100	Assistenza idrotermale		Costo di assistenza idrotermale per mille assistiti in rapporto alla popolazione di riferimento	**2.360**	**1228**	**1.288,41**	In attesa sviluppi Terme Acqui T.	NO
20901	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica		N° giornate di semiresidenzialità per assistenza psichiatrica in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,04**	**0,050**	**0,056**	Da valutare nel complesso dell'assistenza psichiatrica	NO
20902	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili		N° giornate di semiresidenzialità per assistenza ai disabili in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,12**	**0,06**	**0,054**	Da valutare nel complesso dell'assistenza a disabili	NO
20903	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti		N° giornate di semiresidenzialità per assistenza ai tossicodip in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,01**	**0**	-	Da valutare nel complesso dell'assistenza ai tossicodipendenti	NO

20904	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza agli anziani		N° giornate di semiresidenzialità per assistenza agli anziani in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,03**	**0,010**	**0,008**	Da valutare nel complesso dell'assistenza agli anziani	NO
21001	Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica		N° giornate di residenzialità per assistenza psichiatrica	**0,35**	**0,430**	**0,439**	Da valutare nel complesso dell'assistenza psichiatrica	NO
21002	Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili		N° giornate di residenzialità per assistenza ai disabili in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,30**	**0,370**	**0,374**	Da valutare nel complesso dell'assistenza a disabili	NO
21003	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti		N° giornate di residenzialità per assistenza ai tossicodipendenti in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,10**	**0,100**	**0,093**	Da valutare nel complesso dell'assistenza ai tossicodipendenti	NO
21004	Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani		N° giornate per assistenza agli anziani => 65 anni in rapporto alla popolazione di riferimento	**5,13**	**5,10**	**5,19**	Da valutare nel complesso dell'assistenza agli anziani	NO
21005	Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV		N° giornate di assistenza residenziale per HIV in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,02**	**0,010**	**0,005**	Da valutare nel complesso dell'assistenza ai tossicodipendenti	NO
21006	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai malati terminali		N° giornate di hospice per assistenza ai malati terminali deceduti per tumore in rapporto alla popolazione di riferimento	**1,20**	**6,00**	**6,46**	Valutazione su eventuale attivazione nuovi Hospice	NO
30100	Attivita` di pronto soccorso (accessi)		N° accesso al PS per mille assistiti in rapporto alla popolazione di riferimento	**320,00**	**335,00**	**344,29**	Da valutare con attività guardia medica	NO

30201	Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery		Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	**38,50**	**41,00**	**44,84**		NO
30202	Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria		Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	**105,00**	**102,00**	**103,28**		SI
			Percentuale parti cesari primari (PARTI CESAREI DI DONNE NON PRECESARIZZATE)	**21,00**	**22,00**	**22,80**		NO
			Percentuali pazienti >= 65 anni con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 GG in RO (INT FRATTURA FEMORE GG PRE-INT <=2)	**52,00**	**55,00**	**54,05**		NO
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti		Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	**0,80**	**0,55**	**0,52**		NO
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione		Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	**8,00**	**7,30**	**7,26**		NO

Sede legale: Viale Giolitti,2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

ALLEGATO 3

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

DISTRETTO DI CASALE M.:

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

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

ASL AL

Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza

Sottolivello assistenziale: Assistenza Farmaceutica

Responsabile: Direttore Distretto

Corresponsabili: Dirigenti Farmacisti di Distretto

Denominazione del progetto di miglioramento: APPROPRIATEZZA SPESA FARMACEUTICA: INCREMENTO USO FARMACI A BREVETTO SCADUTO

Descrizione ed analisi del problema

L'impiego appropriato delle risorse assegnate al SSN è una condizione imprescindibile per il mantenimento e la sostenibilità dell'attuale struttura universalistica del sistema sanitario, specie nell'attuale contesto di costante crescita della richiesta di servizi motivata da fattori noti (invecchiamento della popolazione, aumento delle patologie croniche, sviluppo di nuove tecnologie/progresso scientifico) e di progressiva riduzione delle risorse a disposizione.

Il farmaco a brevetto scaduto rappresenta, in questo quadro, uno strumento di rilevanza strategica cruciale che, accanto alle garanzie derivanti dall'impiego di terapie conosciute per l'uso clinico prolungato e ben documentate, offre l'opportunità di mantenere elevati livelli di qualità assistenziale a costi molto più contenuti, permettendo di liberare risorse da destinare a trattamenti e tecnologie realmente innovative altrimenti non sostenibili.

I medici prescrittori costituiscono i soggetti fondamentali attraverso cui garantire la maggiore diffusione possibile dei farmaci a brevetto scaduto sul territorio.

Descrizione del progetto e delle attività

Il progetto si propone di determinare un contenimento della spesa farmaceutica attraverso l'incremento dell'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto, in particolare di quelli che presentano il miglior rapporto costo-beneficio all'interno della medesima classe; uno degli elementi cardine per determinare il contenimento della spesa è rappresentato da interventi diretti a riorientare l'azione dei prescrittori, in particolare MMG e PLS, coinvolgendoli in percorsi mirati su patologie traccianti.

Costituiscono attività strategiche per lo sviluppo del progetto:

• attività formativa ed informativa nei confronti dei prescrittori e degli assistiti
• attribuzione di obiettivi specifici a medici specialisti ospedalieri ed ambulatoriali
• assegnazione di obiettivi specifici a MMG/PLS
• monitoraggio continuo dell'andamento dell'obiettivo e dei risparmi ottenuti, con particolare attenzione alle differenze rilevate per Distretto di appartenenza, per tipologia di farmaco e per ogni singolo MMG

Oltre al processo formativo che, come sopra specificato, prevede attività di formazione / informazione nei confronti dei medici prescrittori (Specialisti e MMG/PLS), il progetto prevede l'esecuzione di una specifica campagna informativa rivolta agli assistiti sull'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto.

In *ambito territoriale* il progetto contempla, oltre all'abituale azione di analisi e controllo delle prescrizioni SSN, l'organizzazione di incontri con le Commissioni Appropriatezza dell'ASL, alla presenza dei corrispondenti Direttori di Distretto e dei Servizi Farmaceutici correlati.

Ai fini dello sviluppo delle attività, coerentemente con gli obiettivi proposti, si prevede, inoltre, il monitoraggio trimestrale dell'andamento del progetto attraverso:

- reportistica ad hoc :
  - per singolo MMG
  - per Direttore Distretto
- monitoraggio attività Sportello;
- monitoraggio del rispetto dei requisiti di appropriatezza nelle lettere di dimissione degli Specialisti ASL AL;
- analisi di aderenza di alcuni PDTA, in particolare su patologie croniche ad alto consumo di farmaci, con rilevante impatto sulla spesa farmaceutica territoriale

Obiettivi

Obiettivo Generale: Incremento dell'uso di farmaci a brevetto scaduto
Obiettivo Specifico 1: Attività formativa e informativa su prescrittori (Specialisti e MMG/PLS) e assistiti
Obiettivo Specifico 2: Revisione del Prontuario Terapeutico (ASL / ASO)
Obiettivo Specifico 3: Monitoraggio andamento progetto

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Incremento dell'uso di farmaci a brevetto scaduto
Indicatore/i di risultato	Incremento percentuale della spesa per farmaci con brevetto scaduto sul totale spesa farmaceutica convenzionata con correlato risparmio
Standard di risultato	Aumento di 3 punti della percentuale della spesa per farmaci con brevetto scaduto sul totale spesa farmaceutica convenzionata con correlato risparmio, entro il 2016

Obiettivo Specifico 1	Attività formativa e informativa su prescrittori (Specialisti e MMG/PLS) e campagna informativa assistiti
Indicatore/i di risultato	N. interventi informativi/formativi su prescrittori e N. attività informativa assistiti
Standard di risultato	4 interventi informativi/formativi su prescrittori e 1 campagna informativa assistiti

Obiettivo Specifico 2	Revisione del prontuario terapeutico (ASL / ASO)
Indicatore/i di risultato	Revisione Prontuario
Standard di risultato	Prontuario rimodulato

Obiettivo Specifico 3	Monitoraggio andamento progetto
Indicatore/i di risultato	Report; verifica lettere di dimissione degli Specialisti ASL AL Analisi dell'aderenza di alcuni PDTA
Standard di risultato	Report trimestrale; verifica semestrale lettere di dimissione degli Specialisti; analisi aderenza PDTA

Cronoprogramma di realizzazione

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

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

ASL AL
Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
Sottolivello assistenziale
Responsabile: Direttore Distretto
Corresponsabili: SS Promozione della Salute e Medicina d'Iniziativa – Dipartimento di Prevenzione – SS Percorsi Integrati Ospedale-Territorio – Presidi Ospedalieri
Denominazione del progetto di miglioramento: DEFINIZIONE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO SOCIO-ASSISTENZIALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI MIGRANTI
Descrizione ed analisi del problema Da Paese di emigrazione, negli ultimi 10 -15 anni, l'Italia è diventata paese di immigrazione, con flussi continui e diversificati a seconda delle alterne vicende geopolitiche, crisi congiunturali e accessi bellici. I dati ISTAT, che confermano la tendenza ad un aumento del fenomeno, evidenziano che al 1 gennaio 2015 nell'ambito territoriale di competenza dell'ASL AL la presenza della popolazione straniera residente è pari al 10,4 % del totale dei residenti (contro una media regionale pari al 9,6% ed una media nazionale pari al 8,2%); di questi, circa l'80% sono persone provenienti da paesi a forte pressione migratoria. La letteratura scientifica ha individuato che, per i gruppi vulnerabili della popolazione, con precario accesso alle risorse, e tra questi i migranti, il rischio di perdita della salute è maggiore rispetto al resto della popolazione. Numerosi indicatori mostrano che la salute della popolazione nei Paesi occidentali, e quindi anche in Italia, è migliorata (bassa mortalità infantile, aumento dell'aspettativa di vita, ecc…), ma altrettanti indici evidenziano crescenti diseguaglianze nella salute per i soggetti vulnerabili. La salute degli immigrati, per i quali la migrazione in se stessa rappresenta un fattore di fragilizzazione, risulta essere strettamente connessa ai sistemi di accoglienza ed ai processi di inclusione sociale messi in atto nel paese ospite. Infatti, la maggior parte delle patologie scaturiscono dalle condizioni abitative, lavorative, dal tipo di rapporto con le istituzioni, dalle difficoltà relazionali e di socializzazione. In definitiva per gli immigrati, esclusi dalla piena cittadinanza e spesso in condizioni di deprivazione economica, sociale, relazionale, culturale, i rischi per la salute sono particolarmente elevati. **Descrizione del progetto e delle attività** Il fenomeno impone di individuare strategie efficaci per dare risposte ai bisogni di questa nuova popolazione non solo in un'ottica di rispetto dei diritti universali, ma anche per cogliere orizzonti culturali diversi e prevenire conflitti sociali derivanti dall'esclusione sociale, conflitti che inevitabilmente hanno ricadute negative sullo sviluppo dell'intera collettività. Dunque, una questione prioritaria è quella di preparare i servizi, quindi anche quelli socio-sanitari, ad affrontare una utenza portatrice di culture, biografie e bisogni differenziati. Le principali azioni del progetto sono: 1. definizione e attuazione di un piano strutturato di intervento, elaborato sulla base delle linee guida predisposte a livello nazionale e regionale, che contempli le attività (accoglienza, screening, misure di prevenzione compresa l'immunizzazione attiva, sorveglianza, cura) rivolte ai migranti accolti in Provincia di Alessandria nell'ambito del programma europeo *Triton Frontex;* 2. costruzione e diffusione di linee guida per la descrizione del profilo di salute della popolazione immigrata attraverso i principali flussi correnti, allo scopo di avere informazioni quali-quantitative omogenee e confrontabili, utili alla comprensione dei principali problemi di salute che necessitano di interventi prioritari; 3. individuazione ed implementazione, nell'ambito dei servizi territoriali, di modelli organizzativi sanitari adeguati a garantire, in modo omogeneo nel territorio dell'ASL AL, l'equità nell'accesso alla Medicina di Base e alle Cure Primarie, particolarmente per i migranti irregolari; 4. adozione di strategie di provata efficacia di informazione e di educazione alla salute per l'utenza, basate sulla pratica della competenza culturale e dell'empowerment del singolo e della comunità con particolare riguardo alla tutela della salute materno-infantile.
Obiettivi *Obiettivo Generale:* tutela della salute dei migranti *Obiettivo Specifico 1:* definizione e attuazione di un piano strutturato di intervento che contempli le attività (accoglienza, screening, misure di prevenzione, sorveglianza, cura) rivolte ai migranti accolti in Provincia di Alessandria nell'ambito del programma europeo *Triton Frontex* *Obiettivo Specifico 2:* costruzione e diffusione di linee guida per la descrizione del profilo di salute della popolazione immigrata attraverso i principali flussi correnti *Obiettivo Specifico 3:* individuazione ed implementazione, nell'ambito dei servizi territoriali, di modelli

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

Durata del progetto

(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

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

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

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

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

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

Cronoprogramma di realizzazione

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

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

ASL AL

Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza

Sottolivello assistenziale

Responsabile: Direttore Distretto

Corresponsabili: SS Promozione della Salute e Medicina d'Iniziativa – Dipartimento di Prevenzione

Denominazione del progetto di miglioramento: REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE FINALIZZATI ALL'ADOZIONE DI CORRETTI STILI DI VITA

Descrizione ed analisi del problema

Secondo i dati dell'OMS, l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono causati da alcune patologie (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscoloscheletrici) che hanno in comune fattori di rischio modificabili, quali il fumo di tabacco, l'obesità e sovrappeso, l'abuso di alcol, lo scarso consumo di frutta e verdura, la sedentarietà, l'eccesso di grassi nel sangue e l'ipertensione arteriosa. Tali fattori di rischio sono responsabili - da soli - del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. Nel nostro paese, essi si distribuiscono in maniera molto differente nella popolazione e sono molto più diffusi tra le persone delle classi socio-economiche più basse, le quali hanno una mortalità e una morbosità molto maggiori rispetto a chi, socialmente ed economicamente, si trova in posizione più avvantaggiata. A perdere rapidamente il proprio patrimonio di salute sono anche gli immigrati, a causa delle condizioni di vita in cui spesso si trovano in Italia.

Tali condizioni, inoltre, pur influenzate da comportamenti individuali, sono fortemente sostenute dall'ambiente di vita e da quello sociale. I comportamenti salutari, infatti, sono resi sempre più difficili dall'organizzazione e dal disegno urbano delle città, dall'automatizzazione, dai prezzi a volte più elevati degli alimenti più sani e dai condizionamenti del marketing. Ne consegue che i soggetti più esposti a questi rischi sono quelli più vulnerabili: i bambini e le famiglie più povere.

Negli ultimi anni, per effetto di strategie adottate in Italia e nel mondo, si sono potuti osservare alcuni cambiamenti nella giusta direzione (si pensi alla tutela dal fumo passivo) ma permangono, tuttavia, anche andamenti negativi per certi fattori ed in sottogruppi di popolazione.

L'obesità è in aumento nell'insieme della popolazione e nei bambini, i giovani continuano ad essere attratti dal fumo di tabacco, le classi economiche più disagiate sono ancora le più esposte ai rischi del fumo, dell'abuso dell'alcol, della sedentarietà, di una alimentazione errata.

I 4 principali fattori di rischio (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica) – in gran parte modificabili e nei quali è possibile identificare con certezza i principali determinanti delle malattie croniche più frequenti nel nostro paese – sono ben conosciuti ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili.

Descrizione del progetto e delle attività

Su tali premesse, ed in linea con quanto predisposto nel Piano Locale della Prevenzione dell'ASL AL, risulta prioritario programmare un intervento di salute pubblica che affronti in modo globale questi fattori di rischio, consentendo di guadagnare salute e garantendo la sostenibilità del Sistema Sanitario in termini economici e di efficacia.

Tale programma permetterà di inquadrare in maniera coordinata il contrasto ai fattori di rischio con un approccio non solo agli aspetti sanitari, ma anche alle implicazioni ambientali, sociali ed economiche, e prevederà la condivisione degli obiettivi da parte degli attori coinvolti (ASL AL, Enti Locali, scuole). Contemplerà, inoltre, la definizione delle reciproche responsabilità, attraverso una programmazione ampiamente concertata e l'attivazione di azioni ed interventi che agiscano in maniera trasversale sui diversi determinanti, al fine di aumentare l'efficacia ed ottimizzare l'utilizzo delle risorse, e che comprendano interventi di comunicazione e regolazione di comunità e per gli individui.

All'interno del progetto dovranno coordinarsi le iniziative già avviate come il contrasto al fumo e all'abuso di alcol; un impegno prioritario riguarderà l'implementazione di strategie per migliorare la dieta e promuovere l'attività fisica con l'obiettivo di contrastare l'avanzata dell'epidemia di soprappeso/obesità, considerate le proporzioni che tale fenomeno ha raggiunto.

Ogni intervento di educazione e promozione della salute terrà conto della conoscenza delle diseguaglianze sociali nella salute, in particolare nell'accesso ai servizi e all'informazione stessa, allo scopo di individuare correttamente e raggiungere il più possibile i gruppi di popolazione più a rischio. Le campagne di intervento terranno conto di un punto di vista multiculturale, e presupporranno l'integrazione tra il distretto ed il Dipartimento di Prevenzione, al fine di garantire un approccio sinergico alle tematiche oggetto di trattazione,

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

Obiettivi
Obiettivo Generale: Intervento globale di contrasto ai fattori di rischio
Obiettivo Specifico 1: Istituzione gruppo di lavoro multidisciplinare e multisettoriale
Obiettivo Specifico 2: Definizione programma globale interventi di promozione della salute
Obiettivo Specifico 3: Attuazione programma interventi di promozione della salute

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Intervento globale di contrasto ai fattori di rischio
Indicatore/i di risultato	Implementazione azioni di contrasto alle patologie da errati stili di vita
Standard di risultato	Attuazione interventi di promozione della salute finalizzati alla mitigazione dei principali fattori di rischio

Obiettivo Specifico 1	Istituzione gruppo di lavoro multidisciplinare e multisettoriale
Indicatore/i di risultato	Istituzione gruppo di lavoro
Standard di risultato	Documento di istituzione del gruppo di lavoro

Obiettivo Specifico 2	Definizione programma globale interventi di promozione della salute
Indicatore/i di risultato	Programma interventi di promozione della salute
Standard di risultato	Documento che evidenzi il piano strutturato degli interventi di promozione della salute

Obiettivo Specifico 3	Attuazione programma interventi di promozione della salute
Indicatore/i di risultato	N. Interventi di promozione della salute
Standard di risultato	12 interventi di promozione della salute

Cronoprogramma di realizzazione

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

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

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

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

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

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

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

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

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

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

Cronoprogramma di realizzazione

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

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

ASL AL

Distretto: Alessandria – Valenza – Casale

Sottolivello assistenziale Dipartimento di patologia delle Dipendenze

Responsabile: Responsabile Dipartimento di Patologia delle Dipendenze

Corresponsabili: Personale Dipartimento di Patologia delle Dipendenze

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

Descrizione ed analisi del problema
L'estrema criticità della situazione sanitaria e ambientale caratterizza particolari gruppi di popolazione svantaggiata che rende assolutamente necessarie le azioni volte a ridurre i rischi per la salute dei consumatori di sostanze e per la collettività. Il problema è più acuto nelle aree urbane in cui sono presenti maggiori aspetti di marginalità tra i dipendenti da sostanze.
Inoltre, si ritiene consistente la fascia del cosiddetto "sommerso", vale a dire quella fascia di consumatori giovani e giovanissimi, non necessariamente problematici, per lo più policonsumatori, non in contatto con i servizi, e tuttavia esposti ai rischi connessi ad un consumo non controllato e poco informato.

Descrizione del progetto e delle attività
Le attività sugli ambiti territoriali dei Distretti oggetto di intervento si accentreranno su azioni di ascolto, informazione, sostegno e orientamento verso i servizi di cura con interventi di profilassi delle malattie infettive e di altre patologie correlate all'uso di sostanze operanti sia con speciali servizi in strada che con diverse azioni in contesti ambulatoriali. Tali interventi necessitano di un ulteriore potenziamento e diffusione.
Sulla fascia di popolazione del cosiddetto "sommerso" le attività hanno l'obiettivo di agganciare i giovani consumatori e attivare interventi di limitazione dei rischi.
Il progetto prevede, per singolo ambito distrettuale, lo sviluppo delle attività che di seguito si riportano:

- ✓ Alessandria - Valenza: 1) Ambito Alessandrino: riattivazione delle attività di drop in e di outreach sul territorio; potenziamento della collaborazione nell'ambito della rete interistituzionale dell'Osservatorio Sociale sulle Povertà; potenziamento delle attività di domiciliarità rivolte a pazienti con grave compromissione psico-fisica e in condizione di marginalità. 2) Ambito Valenzano: implementazione di attività di informazione e di distribuzione di materiale sterile e di profilassi di malattie infettive
- ✓ Casale: potenziamento delle attività di domiciliarità, rivolte a pazienti con grave compromissione psico-fisica e in condizione di marginalità; avvio di attività di outreach
- ✓ Alessandria-Valenza/Casale: riattivazione del progetto "Traballo", con esecuzione di specifici interventi nei luoghi del divertimento giovanile, finalizzati alla limitazione dei rischi da uso di sostanze ed alcoolici e all'aggancio precoce di consumatori problematici.

Obiettivi
Obiettivo Generale: Mitigare i rischi per la salute in particolari gruppi di popolazione svantaggiata
*Obiettivo Specifico 1: G*arantire, nell'ambito territoriale Alessandrino, le azioni di*:* riattivazione delle attività di drop in e di outreach sul territorio; potenziamento della collaborazione nell'ambito della rete interistituzionale dell'Osservatorio Sociale sulle Povertà; potenziamento delle attività di domiciliarità rivolte a pazienti con grave compromissione psico-fisica e in condizione di marginalità
Obiettivo Specifico 2: Garantire, nell'ambito territoriale Valenzano, le azioni di: implementazione di attività di informazione e di distribuzione di materiale sterile e di profilassi di malattie infettive
Obiettivo Specifico 3: Nell'ambito territoriale del Distretto di Casale:

1) Garantire le azioni di potenziamento delle attività di domiciliarità, rivolte a pazienti con grave compromissione psico-fisica e in condizione di marginalità
2) Avviare attività di outreach

Obiettivo Specifico 4: Garantire, negli ambiti territoriali di Alessandria-Valenza/Casale, la riattivazione del progetto "Traballo", con esecuzione di specifici interventi nei luoghi del divertimento giovanile, finalizzati alla limitazione dei rischi da uso di sostanze ed alcoolici e all'aggancio precoce di consumatori problematici

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

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

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

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

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

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

Cronoprogramma di realizzazione

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

6. MANTENIMENTO STANDARD DI COPERTURA VACCINALE

ASL AL
Distretto: TUTTI I DISTRETTI
Sottolivello assistenziale: vaccinazioni pediatriche
Responsabile: Referente aziendale Vaccinazioni
Corresponsabili: Personale medico interessato
Denominazione del progetto di miglioramento: MANTENIMENTO STANDARD DI COPERTURA VACCINALE
Descrizione ed analisi del problema Un elevato tasso di copertura vaccinale costituisce un elemento cardine per garantire la prevenzione delle patologie per le quali sono disponibili i vaccini. In Italia si è assistito ad un progressivo calo delle coperture vaccinali, con il rischio di recrudescenza di diverse patologie infettive prevenibili da vaccino; la riduzione del livello di copertura vaccinale della popolazione ha determinato allarme nella comunità scientifica in considerazione dell'impatto sanitario derivante dalle malattie per le quali lo strumento vaccinale costituisce l'elemento cardine per garantirne la prevenzione ed evitare, pertanto, anche forme complicate con incremento dei costi in termine di salute della collettività ed economici. Il fenomeno della riduzione delle coperture vaccinali è da ricondursi ad una molteplicità di fattori, tra cui: 1) La mancata percezione del pericolo da parte della popolazione 2) La diffusione di informazioni errate sul Web 3) La critica all'industria farmaceutica 4) La sopravvalutazione dei rischi dei vaccini. **Descrizione del progetto e delle attività** Il progetto prevede il coinvolgimento dei servizi vaccinali dell'ASL AL e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) con l'intento di richiamare tutte le famiglie che non rispondono alla proposta vaccinale. Per dare più forza a questi obiettivi il progetto è stato inserito nell'Accordo aziendale con i pediatri di libera scelta sia per il 2015, che per il 2016. Il monitoraggio sui tassi di copertura vaccinale sarà effettuato su: ✓ la vaccinazione contro i virus del morbillo parotite rosolia ✓ la vaccinazione contro il virus HPV nelle ragazze pre-adolescenti per la prevenzione del cancro alla cervice uterina
Obiettivi *Obiettivo Generale:* Prevenzione delle patologie infettive prevenibili da vaccino (MPR, HPV) *Obiettivo Specifico 1:* Mantenimento livelli di copertura della vaccinazione contro morbillo, parotite, rosolia *Obiettivo Specifico 2:* Mantenimento livelli di copertura della vaccinazione contro l'HPV

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

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

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

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

Cronoprogramma di realizzazione

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

7. PERCORSO INTEGRATO DI CONTINUITÀ DI CURA OSPEDALE – TERRITORIO

ASL AL
Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
Sottolivello assistenziale: Assistenza a domicilio
Responsabile: Direttore Distretto
Corresponsabili: Medici e Infermieri del Distretto
Denominazione del progetto di miglioramento: **PERCORSO INTEGRATO DI CONTINUITÀ DI CURA OSPEDALE – TERRITORIO**

Descrizione ed analisi del problema

Le dinamiche demografiche ed i nuovi scenari epidemiologici caratterizzati da un incremento delle patologie croniche impongono una rimodulazione strutturale nel sistema assistenziale, compresa l'adozione di specifici criteri per la continuità delle cure e di strumenti per la piena realizzazione della rete territoriale con la definizione di un modello organizzativo che preveda al centro il paziente e che assicuri concretamente un'integrazione reale tra ospedale e territorio, in modo da fornire ai bisogni assistenziali risposte appropriate, sicure ed efficaci e, nello stesso tempo, razionalizzare l'uso di risorse, ridurre gli sprechi, eliminare le inefficienze.

Descrizione del progetto e delle attività

Al fine di rispondere ai nuovi bisogni di salute assume elemento fondamentale la riorganizzazione del processo assistenziale, attraverso la definizione di un modello organizzativo, con l'obiettivo di:
- ridurre i tempi di degenza ed i relativi costi per eventi morbosi a lenta e/o complessa evoluzione permettendo un utilizzo più congruo dei posti letto evitando ospedalizzazioni protratte;
- utilizzare al meglio le risorse esistenti all'interno del sistema ospedale-territorio e favorire un più congruo utilizzo dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- favorire la collaborazione e l'integrazione tra operatori ospedalieri e territoriali, mediante la costituzione di un team interaziendale che lavori per obiettivi comuni e condivisi;
- promuovere modalità di educazione alla salute nei pazienti e nei loro familiari incoraggiando un loro ruolo partecipativo anche nella erogazione dell'assistenza, migliorandone la qualità percepita.

Il modello organizzativo presuppone lo sviluppo e il consolidamento delle relazioni tra gli specialisti ospedalieri e quelli presenti sul territorio. L'ambito di confronto/rapporto tra ospedale e territorio interessa vari aspetti: modalità di accesso, relazioni durante il ricovero, modalità di dimissioni, condivisione dei percorsi di continuità assistenziale.

L'elemento centrale del processo è la "presa in carico" del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di cura, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure/assistenza dai vari soggetti erogatori, quali:
- il Medico di M.G. e il Pediatra di L.S. che, svolgendo un ruolo di tutela ed assistenza nei confronti dei propri pazienti, hanno la più ampia conoscenza del loro quadro sanitario e sociale;
- le strutture di ricovero ospedaliero sia per attività in acuzie che post-acuzie ed in particolare: i Presidi Ospedalieri di Alessandria, Casale M., Tortona, Novi L., Acqui T. e Ovada;
- le strutture che assicurano l'assistenza domiciliare;
- le strutture dell'assistenza socio-sanitaria territoriale.

Al fine di produrre una forte integrazione sinergica tra ospedale e territorio, come previsto da D.G.R. 27/3628 del 28.3.2012, è necessario istituire e attivare:
- il Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (N.O.C.C.) presso ogni P.O. aziendale, composto dal Dirigente Medico della Direzione Medica di Presìdio, dall'Assistente Sociale Ospedaliera in organico alla Direzione Medica (o, qualora questa non sia presente, dall'Assistente Sociale distaccata) e dal personale medico e infermieristico del reparto, che riferisce al Direttore Medico di Presidio;
- il Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (N.D.C.C.) presso ogni Distretto, composto dal Medico di Distretto, personale infermieristico e assistente sociale dell'area socio-assistenziale, integrato di volta in volta dal M.M.G. / P.L.S. dell'assistito e da personale dei servizi territoriali e/o specialistici, che riferisce al Direttore del Distretto.

Le attività dei Nuclei sono:
- indagine congiunta sociale e sanitaria finalizzata all'acquisizione di elementi relativi alle condizioni sanitarie e sociali del paziente;

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

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

Fase ospedaliera

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

A) Identificazione e "screening" del paziente a rischio

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

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

All'accesso del paziente in DEA/PS o in Reparto l'infermiere (entro la mattina successiva al ricovero):
1. valuta il paziente mediante la compilazione di una scheda per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile e in caso di indice di Brass superiore a 10:
2. attiva immediatamente, con il medico di reparto, il N.O.C.C., il quale compila la prima parte della scheda di segnalazione;
B) Segnalazione del caso
Consiste nella attivazione del percorso "continuità di cura" attraverso la segnalazione ai nuclei distrettuali di residenza dell'assistito.
L'assistente sociale del N.O.C.C., nel più breve tempo possibile, invia la scheda di segnalazione mediante comunicazione informatica o tramite fax o e-mail al Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (N.D.C.C.) di residenza.

Fase Territoriale

Il N.D.C.C. ha un compito cardine in tutto il percorso assistenziale in quanto costituisce il punto di raccordo fondamentale tra i reparti ospedalieri, i servizi territoriali, il cittadino ricoverato ed i suoi familiari.
C) Valutazione dei bisogni socio-sanitari e presa in carico del paziente da parte della rete dei servizi territoriali
1. Il N.D.C.C. nelle figure del il medico di Distretto e del case-manager delle cure domiciliari, ricevuta la segnalazione dal N.O.C.C. e raccolte le informazioni, provvede a:
- contattare il medico di Medicina Generale, figura di riferimento delle cure primarie;
- contattare, per situazioni sociali particolarmente complesse, l'assistente sociale, al fine di verificare le condizioni socio-ambientali ed il contesto relazionale di riferimento;
- compilare la seconda parte della scheda di segnalazione, contenente le notizie provenienti dal MMG, dal Servizio sociale e dai Servizi di Cure Domiciliari e a metterla a disposizione del reparto presso il quale è ricoverato il paziente.

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

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

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

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

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

A. in strutture dedicate alla riabilitazione o alla lungodegenza, preferibilmente individuate a livello aziendale, anche a seguito della riorganizzazione dei posti letto ospedalieri e con la creazione di strutture di cure intermedie, dedicate a pazienti stabili, ma non guariti e clinicamente complessi, che necessitano ancora di cure, controllo clinico, terapia 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);
B. al domicilio attraverso le cure domiciliari, in assenza di problematiche socio- assistenziali ed ambientali. In tal caso, definito il progetto riabilitativo, clinico ed assistenziale condiviso tra specialisti ospedalieri, medico di medicina generale e medico del distretto, il N.D.C.C. si attiva per verificare la disponibilità di una idonea rete famigliare di supporto, per attivare un'assistenza tutelare a domicilio, per provvedere alla fornitura di presidi ed ausilii, di materiale di uso sanitario e farmaci necessari all'assistenza domiciliare.
In particolare, al momento della dimissione lo specialista ospedaliero ed il medico di medicina generale concorderanno i tempi e le modalità di collaborazione e dovrà essere definita la massima possibilità di comunicazione diretta fra le due figure mediche.

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

Il referente territoriale (infermiere "case manager") del N.D.C.C.:
1. entro il giorno successivo all'approvazione del Direttore di Distretto:
- invia, tramite fax o e-mail, copia del Progetto Individuale di continuità assistenziale al Servizio di Cure Domiciliari o alla struttura sanitaria ed al MMG, indicando la data delle dimissioni;
- predispone e/o controlla la logistica per il trasporto del malato;
- informa i familiari dei possibili percorsi organizzativi per la dotazione necessaria di beni sanitari per la gestione assistenziale dopo la dimissione, con particolare riguardo:
- alla fornitura di protesi e ausili;
- alle persone di riferimento della ASL che "prenderanno in carico" l'assistito.
2. entro la data di dimissione:
- predispone l'accoglienza del paziente per la data/ora di dimissione stabilite;
- verifica la disponibilità delle risorse e programma le attività definite nel piano di dimissione;
- assicura le forniture necessarie (presidi/ausili) utili nelle prime 24 ore.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DATI DI PRODUZIONE E PRESA IN CARICO

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

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

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

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

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

Obiettivi del progetto

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

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

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

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

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

Durata del progetto

annuale

PIANO DI VALUTAZIONE

Obiettivo Generale	Incremento della presa in carico in strutture di Cure Intermedie a Valenza Sanitaria e in Cure Domiciliari dei pazienti in dimissione ospedaliera
Indicatore/i di risultato	I. % n° schede di Brass >10 / n° segnalazioni a NDCC II. tempo trascorso tra inizio ricovero e segnalazione del caso a NDCC III. tempo trascorso tra indicazione data di dimissione e presa in carico da NDCC IV. % n° casi segnalati a NDCC / n° casi presi in carico V. % n° dimissioni in cure domiciliari e in CAVS / n° scheda di Brass >10 VI. % n° casi con ri-ricovero in H su totale n° assistiti presi in carico in cure domiciliari VII. % n° casi con ri-ricovero in H / totale n° assistiti presi in carico in CAVS VIII. % n° familiari/care giver addestrati all'autogestione del caso / n° totale dei casi
Standard di processo	I. **100**% Brass >10 / n° segnalazioni a NDCC II. **90**% dei casi segnalati a NDCC entro i termini stabiliti (24 ore) III. **100**% dei casi segnalati presi in carico da NDCC entro i termini stabiliti (72 ore) IV. **90** % del n° casi presi in carico V. **90**% di dimissioni in cure domiciliari e in CAVS con scheda di Brass >10 VI. **10**% n° casi con ri-ricovero in H presi in carico in cure domiciliari VII. **10**% n° casi con ri-ricovero in H presi in carico in CAVS VIII. **80**% n° familiari/care giver addestrati all'autogestione del caso in cure domiciliari / n° totale dei casi dimessi in cure domiciliari

Obiettivo Specifico 1	Introduzione operativa del nuovo modello in tutti i Distretti e Presidi Ospedalieri
Indicatore/i di risultato	100% applicazione modello
Standard di risultato	100% applicazione modello

Obiettivo Specifico 2	Formazione di tutti gli operatori interessati all'utilizzo di criteri di individuazione delle priorità in previsione di accettazione dei pazienti in dimissione secondo i diversi luoghi di cura di destinazione (a partire dal MMG/PLS, alle cure domiciliari, alla riabilitazione, alle case di cura, ecc.) e secondo intensità delle cure previste
Indicatore/i di risultato	Numero 7 interventi formativi
Standard di risultato	Numero 5 interventi formativi

Obiettivo Specifico 3	Creazione di un sistema informatico/ivo per la gestione e la rilevazione di informazioni qualitative, di processo e di esito
Indicatore/i di risultato	% n° assistiti inseriti nel sistema informativo / n° totale degli assistiti presi in carico
Standard di risultato	100% dei casi segnalati e presi in carico deve essere tracciabile il percorso di dimissione

Cronoprogramma di realizzazione

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

8. RIORGANIZZAZIONE, RIQUALIFICAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

ASL AL

Distretti: Alessandria – Valenza / Acqui - Ovada / Casale M. / Novi L. - Tortona

Sottolivello assistenziale: Assistenza a domicilio

Responsabile: Direttore Distretto

Corresponsabili: Medici ed Infermieri del Distretto

Denominazione del progetto di miglioramento:
RIORGANIZZAZIONE, RIQUALIFICAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

Descrizione ed analisi del problema

Le dinamiche demografiche ed epidemiologiche evidenziano la tendenza all'invecchiamento della popolazione e l'incremento di patologie croniche invalidanti. Dall'analisi dei profili di salute rispetto ad alcune patologie croniche ad elevato impatto sanitario, infatti, emerge il notevole numero di pazienti in trattamento con farmaci antidiabetici, con farmaci ipertensivi, ultrasessantacinquenni affetti da scompenso cardiaco, ultrasessantacinquenni affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO); dato inoltre rilevante è rappresentato dal numero di ultrasessantacinquenni affetti da almeno 3 patologie croniche.

Nel 2014 i casi di anziani trattati in modo multi professionale sono n. 4.426, pari al 3,7% della popolazione anziana (=>65 anni). L'obiettivo regionale di attività era fissato al 4% dall'Addendum al Piano di rientro e dall'Azione 14.4.3 dei P.O.2013-2015.

L'analisi dei dati relativi al coefficiente di intensità assistenziale evidenzia che il volume complessivo d'attività di n. 14.003 casi trattati ed è costituito per il 55% (n. 7.706) dalle cosiddette "cure domiciliari prestazionali" (occasionali o cicliche o programmate) e dal 18,3% (n. 2.554) da cure domiciliari integrate di primo livello, a bassa intensità assistenziale. Pertanto, solo il 26,7% (n. 3.743) rientra tra le domiciliari integrate a media ed alta intensità assistenziale.

Il dato riguardante i casi con basso coefficiente di intensità assistenziale sproporzionato rispetto agli altri coefficienti indica un impegno del servizio e degli operatori principalmente in cure domiciliari di livello zero e primo e fa supporre:

1) la mancata presa in carico a livello distrettuale dei profili di cura più complessi;
2) la presenza elevata di cure domiciliari di tipo prestazionale, rispetto a forme complesse e avanzate di cura.

È, quindi, fondamentale considerare che per assistere a casa malati a complessità assistenziale elevata, affetti da pluri-patologie cronico-degenerative, in molti casi ad evoluzione irreversibile, è **necessaria l'introduzione di modelli assistenziali nuovi**, che contemplino **interventi flessibili e mutabili** nel tempo, **a differente intensità di cura** e tali da richiedere di **un'assistenza, estesa nelle 24 ore,** da parte di una **équipe integrata anche da professionalità specialistiche**.

Descrizione del progetto e delle attività

Il progetto prevede attività mirate a:

- l'**identificazione precoce dei malati**, con un modello si **sorveglianza proattiva**, attraverso strumenti nuovi come la predisposizione di registri di malati che "si avviano alla fine della vita" o come la definizione preliminare di elementi (connessi ai quadri patologici, all'autonomia fisica e cognitiva, al supporto familiare) che consentano di identificare precocemente malati con bisogni assistenziali potenzialmente complessi e, quindi, attivare forme di controllo adeguate;
- garantire **continuità di cura ospedale - territorio**, ripensando al rapporto con l'ospedale, superando rigidità organizzative con la pianificazione della dimissione ospedaliera (da considerare come un

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

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

CASISTICA DELLE SITUAZIONI COMPLESSE ASSISTIBILI AL DOMICILIO	
1. Persone fragili in condizione di disabilità, comorbilità, polipatologia, che si trovano nella fase postacuta a seguito di:	- fratture di femore, protesi d'anca, di ginocchio, politrauma - amputazione di arto - insufficienze d'organo - scompenso metabolico - complicanze settiche di ferite chirurgiche - quadri settici complicati - laringectomia - tracheostomia
2. Persone affette da patologie neurologiche:	- malattie cerebrovascolari, esiti di ictus cerebri - patologie neurologiche progressive o evolutive del SNC- SNP: neurodegenerative specifiche (morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson; atrofia multi-sistemica (MSA); sclerosi multipla (SM), corea di Huntington - malattie del motoneurone - stati vegetativi, di minima coscienza
3. Persone in fase avanzata di malattia per le quali sono indicate le cure palliative con intensità differenziata (cure di supporto, di fine vita):	- malati oncologici - malati non oncologici: - scompenso cardiaco cronico - insufficienza respiratoria cronica con particolare riferimento a pazienti che necessitano di assistenza alla ventilazione e /o di terapia continuativa - evoluzione di malattie neurologiche complesse - evoluzione di demenze, di Parkinson/parkinsonismi e di malattie cerebrovascolari - insufficienza epatica o renale in fase avanzata - insufficienza multi-organo e stati poli-patologici - esiti sfavorevoli di trapianto d'organo - disabilità gravi in esiti ed evoluzione di patologie genetiche malformative, degenerative dell'età neonatale, infantile, giovanile

Segnalazione/Proposta di ammissione

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

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

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

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

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

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

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

Valutazione del caso e Piano Assistenziale Individuale (PAI)

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

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

La valutazione viene effettuata da un team composto da:

- il medico di MG/pediatra LS dell'assistito;

- il medico, il coordinatore infermieristico e un infermiere dell'U.O. di Cure Domiciliari del Distretto;

- l'assistente sociale individuato dall'ente gestore delle funzioni socio-assistenziali;

- altre figure specialistiche collegate alla valutazione del singolo caso.

L'UVM svolge i seguenti compiti:

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

All'interno del team sono individuati:

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

La gestione del Progetto Assistenziale Individuale (PAI)

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

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

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

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

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

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

Accertamenti diagnostici e consulenze specialistiche

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

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

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

La fase di rivalutazione/monitoraggio

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

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

La dimissione

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

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

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

di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del progetto assistenziale individuale;

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

oltre alle dimissioni per decesso della persona assistita.

La qualità del servizio

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

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

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

La formazione e l'aggiornamento del personale

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

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

- ai responsabili dei Distretti e delle Direzioni Mediche dei P.O per lo sviluppo di competenze nell'ambito dell'organizzazione e gestione integrata dei servizi;

- ai medici MG/pediatri LS, ai medici e agli infermieri dei Distretti, ai medici e agli infermieri dei Reparti dei P.O. per lo sviluppo di competenze nell'ambito delle funzioni di valutazione integrata, presa in carico degli utenti e verifica dei progetti personalizzati;

- alle figure professionali sociali per lo sviluppo di competenze nell'ambito del lavoro di assistenza e tutela a domicilio.

Obiettivi

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

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

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

Durata del progetto

annuale

PIANO DI VALUTAZIONE

Obiettivo Generale	Introduzione di un modello organizzativo per l'assistenza dei pazienti mediante cure domiciliari
Indicatore/i di risultato	I. **%** malati assistiti >= 65 anni / residenti >= 65 anni II. **%** - malati assistiti >= 75 anni / residenti >= 75 anni III. **%** malati deceduti per anno a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla rete di Cure palliative a domicilio / malati deceduti per malattia oncologica per anno IV. n° giornate / anno di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) V. **%** di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3 gg / numero malati curati a domicilio con assistenza conclusa
Standard di risultato	I. **4%** malati assistiti >= 65 anni / residenti >= 65 anni presi in carico in cure domiciliari II. **7%** malati assistiti >= 75 anni / residenti >= 75 anni presi in carico in cure domiciliari III. **45%** malati deceduti per anno a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio / malati deceduti per malattia oncologica per anno IV. **2.475** giornate / anno di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) V. **80%** di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3 gg / numero malati curati a domicilio con assistenza conclusa

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

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

Cronoprogramma di realizzazione

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

9. PROGETTO SANITARIO DI INIZIATIVA "INFERMIERE DI FAMIGLIA"

ASL AL

Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza

Sottolivello assistenziale: 20801

Responsabile: Direttore Distretto

Corresponsabili: Coordinatori Infermieristici Territoriali

Denominazione del progetto di miglioramento: PROGETTO SANITARIO DI INIZIATIVA "INFERMIERE DI FAMIGLIA"

Descrizione ed analisi del problema

La ricerca dell'equilibrio tra performance clinica e vincoli economici è un imperativo che induce gli operatori della sanità a una continua valutazione dei diversi modelli assistenziali al fine di individuare, pur nel perseguimento della massima qualità dell'assistenza, delle soluzioni economicamente più sostenibili.

Inoltre, negli ultimi anni si è assistito a un importante cambiamento dei bisogni assistenziali della popolazione. In particolare, l'aumento della frequenza di patologie croniche quali ad esempio le patologie neurologiche, cardiovascolari, tumorali, ecc., ha condotto ad una progressiva necessità di assistere il paziente dopo la dimissione dell'ospedale e a un prolungamento del bisogno di assistenza, anche quando le cure non sono più possibili.

Descrizione del progetto e delle attività

Sulla base delle valutazioni sopra esposte, si intende adottare un modello assistenziale di cui si riportano i punti salienti:

1) attuazione di un modello di assistenza proattiva, che sia capace di andare incontro al cittadino, raccogliendo la sua domanda di salute (manifesta) anche quando è inespressa (latente) e prima che evolva in un aggravamento o una complicanza.
2) presa in carico dei cittadini portatori di patologie croniche.
3) attuazione di stretta sinergia tra Medico di Medicina Generale e Infermiere di Famiglia, al fine di condividere la conoscenza dei pazienti e monitorarne le specifiche necessità di salute.
4) organizzazione di counseling infermieristici individuali o di gruppo, educando i pazienti all'autocura, attraverso una maggiore conoscenza della propria malattia e della sua gestione.
5) elaborazione di strategie di assistenza complesse, programmando nel tempo visite mediche, esami diagnostici, controlli da effettuare rispetto alle terapie somministrate.
6) identificazione delle aree di miglioramento e di prevenzione, attraverso l'adozione e la promozione di corretti stili di vita (abitudini alimentari, attività fisica…).
7) co – progettazione con le famiglie dei piani di assistenza individualizzati, fornendo consulenza per l'assistenza e per le migliorie strutturali abitative.
8) individuazione di strategie di sollievo per gestire situazioni a rischio, causate da scompenso emotivo e da stanchezza, attivando risorse territoriali (servizi socio – assistenziali, associazioni del territorio, reti amicali e vicinali…).
9) verificare la qualità delle azioni intraprese attraverso la raccolta sistematica dei dati, in base ad indicatori condivisi.

Obiettivi

Obiettivo Generale: Adottare un modello assistenziale proattivo che assicuri le migliori performance organizzative e la sostenibilità economica presso il territorio di riferimento

Obiettivo Specifico 1: Adozione del modello assistenziale proattivo nell'ambito distrettuale di Casale Monferrato

Obiettivo Specifico 2: Adozione del modello assistenziale proattivo nell'ambito distrettuale di Novi Ligure – Tortona

Obiettivo Specifico 3: Adozione del modello assistenziale proattivo sull'intero ambito provinciale

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Adottare un modello assistenziale proattivo che assicuri le migliori performance organizzative e la sostenibilità economica
Indicatore/i di risultato	1. Incremento % dei pazienti con patologie croniche presi in carico con modello assistenziale proattivo 2. Riduzione % accessi al Pronto Soccorso 3. Riduzione % giornate di ricovero inappropriate
Standard di risultato	1. >= 10 % di incremento dei pazienti con patologie croniche presi in carico con modello assistenziale proattivo 2. >= 10 % di riduzione accessi al Pronto Soccorso 3. >= 10 % di riduzione giornate di ricovero inappropriate

Obiettivo Specifico 1	Adozione del modello assistenziale proattivo nell'ambito distrettuale di Casale Monferrato
Indicatore/i di risultato	Periodo temporale entro cui adottare modello assistenziale proattivo
Standard di risultato	31 marzo 2016 adozione modello assistenziale proattivo

Obiettivo Specifico 2	Adozione del modello assistenziale proattivo nell'ambito distrettuale di Novi Ligure – Tortona
Indicatore/i di risultato	Periodo temporale entro cui adottare modello assistenziale proattivo
Standard di risultato	31 giugno 2016 adozione modello assistenziale proattivo

Obiettivo Specifico 3	Adozione del modello assistenziale proattivo sull'intero ambito provinciale
Indicatore/i di risultato	Periodo temporale entro cui adottare modello assistenziale proattivo
Standard di risultato	31 settembre 2016 adozione modello assistenziale proattivo

Cronoprogramma di realizzazione

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

10. RETE DI AMBULATORI INFERMIERISTICI DI VULNOLOGIA

ASL AL
Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
Sottolivello assistenziale: 20801
Responsabile: Direttore Distretto
Corresponsabili: Coordinatori Infermieristici Territoriali
Denominazione del progetto di miglioramento: RETE DEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI DI VULNOLOGIA
Descrizione ed analisi del problema Le lesioni croniche e acute, la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione rappresentano, in ambito ospedaliero e domiciliare un rilevante problema di assistenza sanitaria, che richiede un notevole impegno di gestione in termini di risorse umane, materiali e tecnologiche. Tale problema è destinato ad aumentare parallelamente con l'aumentare dell'età della popolazione, sempre più frequentemente portatrice di patologie croniche e invalidanti. **Descrizione del progetto e delle attività** Per offrire una assistenza ottimale a questa tipologia di pazienti, che comprenda anche l'aspetto della prevenzione ed educazione alla salute, è intenzione attivare una rete di ambulatori infermieristici di Wound Care (cura delle ferite) in tutto il territorio dell'ASL, gestito da personale infermieristico che, nel rispetto delle proprie e altrui competenze, applicando i protocolli aziendali e le linee guida più recenti, collaborerà con i referenti e/o i responsabili degli ambulatori specialistici, con gli specialisti del territorio, i MMG e i colleghi delle altre strutture. Questa rete ambulatoriale è un'opportunità che l'ASL offre ai cittadini portatori di lesioni cutanee che necessitano della consulenza e assistenza di un infermiere esperto in cura delle ferite. Ciò avviene attraverso la presa in carico della persona/utente, la valutazione dei bisogni assistenziali dei singoli, l'uso di metodologie di lavoro, la conoscenza dei nuovi materiali di medicazione e dei presidi, l'utilizzo di strumenti di pianificazione per obiettivi e di strumenti informativi aggiornati (cartella infermieristica, schede di valutazione…). Costituiscono obiettivi prioritari del progetto: - il miglioramento dell'accessibilità e della fruibilità dei cittadini ai servizi sanitari al fine di ricevere prestazioni di assistenza primaria focalizzata, soprattutto, al trattamento delle lesioni cutanee croniche e complesse; - la creazione un "anello" che assicuri il collegamento tra servizi, ospedale, territorio, in un'ottica di collaborazione multidisciplinare con MMG, AD, specialità ambulatoriali per una ottimale continuità assistenziale; - la garanzia delle risposte appropriate e di qualità, efficaci ed efficienti, ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione; - la promozione di attività di prevenzione (primaria e secondaria) attraverso una buona educazione alla salute (momenti di educazione alla cura della propria persona, counselling, gestione delle cronicità, cura/prevenzione del "piede diabetico", etc.); - lo sviluppo, di conseguenza, nelle persone (nell'ambito delle proprie funzioni) dei processi di auto-cura (self-care) al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole nelle scelte di natura assistenziale (empowerment del paziente); Il servizio è rivolto a pazienti esterni o interni (ricoverati in P.O. o ospiti delle Case di Riposo o altre strutture), che necessitano di una presa in carico per: □ gestione di ulcere varicose degli arti inferiori; □ controllo ferite chirurgiche; □ controllo di esiti di interventi di safenectomia; □ gestione/controllo specialistico di postumi di ferite traumatiche; □ consulenza, prevenzione, trattamento delle LdP (lesioni da pressione); □ counselling ed educazione sanitaria nel post-operatorio (follow-up); □ gestione e organizzazione per la continuità assistenziale ospedale-territorio per il trattamento delle lesioni. La verifica dei risultati attesi verrà fatta utilizzando i seguenti indicatori: □ riduzione liste d'attesa per i controlli e le medicazioni ripetute; □ presa in carico del paziente da parte degli operatori;

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

Obiettivi

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

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

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

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

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

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Realizzazione degli ambulatori infermieristici di vulnologia nel territorio dell'ASL AL, finalizzati al miglioramento delle performance del sistema assistenziale per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione presso l'intero ambito territoriale dell'ASL AL
Indicatore/i di risultato	Copertura del fabbisogno espresso (richieste pervenute) della popolazione di tutta l'ASL
Standard di risultato	Gestione 90 % richieste pervenute

Obiettivo Specifico 1	Presentazione del progetto al personale medico ed infermieristico di Ospedale e Territorio per l'illustrazione del percorso
Indicatore/i di risultato	Presentazione progetto
Standard di risultato	Effettuazione di almeno un incontro per la presentazione del progetto in ogni ambito territoriale dell'ASLAL

Obiettivo Specifico 2	Attivazione dell'Ambulatorio Vulnologico presso i territori di Casale e di Alessandria / Valenza
Indicatore/i di risultato	Attivazione Ambulatorio negli ambiti territoriali di Casale e Alessandria / Valenza
Standard di risultato	Ambulatorio attivato secondo il cronoprogramma di attività

Obiettivo Specifico 3	Attivazione dell'Ambulatorio Vulnologico presso i territori di Acqui / Ovada e Novi / Tortona
Indicatore/i di risultato	Attivazione Ambulatorio negli ambiti territoriali di Acqui / Ovada e Novi / Tortona
Standard di risultato	Ambulatorio attivato secondo il cronoprogramma di attività

Obiettivo Specifico 4	Miglioramento delle performance del sistema assistenziale per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione nell'intero ambito territoriale dell'ASL AL
Indicatore/i di risultato	Verifica tempi liste d'attesa per controlli e medicazioni Verifica N pazienti presi in carico Compliance terapeutica del paziente e dei care giver Complicanze e ricoveri ripetuti nei casi presi in carico Verifica spesa di materiali e ausili
Standard di risultato	Riduzione tempi di attesa controlli e medicazioni ripetute 90 % pazienti presi in carico rispetto al fabbisogno espresso (richieste pervenute) Migliore compliance terapeutica del paziente e dei care giver Riduzione del 10% delle complicanze e riduzione del 10% dei ricoveri ripetuti nei casi presi in carico Razionalizzazione della spesa di materiali e ausili

Cronoprogramma di realizzazione

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

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

ASL AL

Distretto: ACQUI-OVADA (studio pilota), estendibile ai rimanenti Distretti ASL AL

Sottolivello assistenziale: Assistenza domiciliare, cure primarie

Responsabile: Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore del Distretto

Corresponsabili: Medici di Medicina Generale, Infermieri di Famiglia

Denominazione del progetto di miglioramento: PRESA IN CARICO DEL CITTADINO FRAGILE CON PATOLOGIE CRONICHE IN POLI TERAPIA AL FINE DEL MIGLIORAMENTO DELL'ADERENZA TERAPEUTICA E DEL BILANCIO DI SALUTE

Descrizione ed analisi del problema

Le dinamiche demografiche, caratterizzate dal progressivo invecchiamento della popolazione, ed il contesto sanitario, che mostra un incremento delle patologie croniche costituiscono gli elementi che inducono a definire modelli di organizzazione assistenziale di presa in carico dei soggetti fragili.

Descrizione del progetto e delle attività

In linea con quanto sopra esposto, ed alla luce delle indicazioni della DGR - Regione Piemonte n. 12-2012 del 5 agosto 2015, relativa agli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi attribuiti ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, il gruppo di lavoro Ospedale-Territorio dell'ASL AL ha elaborato un piano di azione articolato su tre progetti principali, volti all'adeguamento della rete ospedaliera e alla riqualificazione territoriale con il fine ultimo di implementare la presa in carico e l'accoglienza del *cittadino fragile.*

Il Progetto si propone di implementare:

- Un approccio che orienti l'attenzione verso le modalità assistenziali di *medicina di iniziativa* e *di prossimità* offrendo le cure più appropriate al cittadino in un'ottica *di azione preventiva* e non *di attesa*;
- L'*empowerment* del cittadino attraverso la promozione di corretti stili di vita;
- La completa applicazione del concetto di multi-professionalità, inteso come collaborazione tra professionisti sanitari in particolare Medici di Medicina Generale (MMG), Medici Specialisti e Infermieri di famiglia.

Il Distretto di Ovada, considerate le caratteristiche epidemiologiche, sarà coinvolto nello studio della durata prevista di circa un anno (dicembre 2015-dicembre 2016). Farà seguito l'estensione del Progetto a tutti i Distretti dell'ASL AL.

Al fine di raggiungere gli obiettivi riportati sopra, il Progetto sarà articolato su tre cardini:

- Organizzazione e attivazione di un **"Centro di Accoglienza delle Fragilità"**, strutturato in modo multi-disciplinare (Medico di Medicina Generale, Medico Ospedaliero e Territoriale, Psicologo, Assistente Sociale, Fisioterapista, Infermiere, Infermiere di Famiglia e personale di supporto) per la presa in carico dei destinatari del Progetto e delle loro famiglie;
- **Azione di prioritarizzazione per un corretto uso dei farmaci**, con l'obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica in pazienti con policronicità e in politerapia farmacologica. A tal fine saranno attivati specifici programmi volti al miglioramento degli stili di vita e alla riduzione programmata e condivisa con il paziente delle terapie in atto (studio osservazionale *Primavengoio,* approvato dal Comitato Etico Interaziendale in data 15/10/2015);
- **Attivazione di quattro posti letto di osservazione breve territoriale (O.B.T.)** gestiti dai MMG con vigilanza infermieristica, ubicati nel Presidio Ospedaliero, da utilizzarsi nei casi prestabiliti dal Progetto e per un periodo massimo di osservazione di 24 ore.

Il Piano di azione prevede l'utilizzo degli indicatori di seguito riportati:

1) Indicatori Centro Accoglienza Fragilità – O.B.T.

Gli indicatori di esito saranno suddivisi nelle seguenti categorie:

A. Indicatori di Salute/Malattia

Patient reported outcomes:

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

B. Indicatori di Aderenza Terapeutica

Indice di Morisky:

- N pazienti aderenti a t.0 / N pazienti aderenti a t.1-t.2
- N pazienti per letto / 365 gg.
- N giornate utilizzo letto / 365 gg.

2) Indicatori PRIMAVENGOIO

Gli indicatori di esito saranno suddivisi nelle seguenti categorie:

A. Indicatori di Aderenza Terapeutica

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

B. Indicatori di Salute/Malattia

Patient reported outcomes:

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

C. **Indicatori di Utilizzo**

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

Obiettivi

Obiettivo Generale: Incremento della presa in carico e dell'accoglienza del cittadino fragile
Obiettivo Specifico 1: Organizzazione e attivazione del "Centro di Accoglienza delle Fragilità"
Obiettivo Specifico 2: Azione di prioritarizzazione per un corretto uso dei farmaci, con l'obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica in pazienti con policronicità e in politerapia farmacologica
Obiettivo Specifico 3: Attivazione di quattro posti letto di osservazione breve territoriale (O.B.T.)

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Incremento della presa in carico e dell'accoglienza del cittadino fragile
Indicatore/i di risultato	1. Incremento % dei pazienti con patologie croniche presi in carico con modello assistenziale 2. Riduzione % accessi al Pronto Soccorso 3. Riduzione % giornate di ricovero inappropriate
Standard di risultato	1. 20 % incremento pazienti con patologie croniche presi in carico con modello assistenziale proattivo * 2. 10 % riduzione accessi al Pronto Soccorso * 3. 10 % riduzione giornate di ricovero inappropriate *

*Considerato il progetto innovativo nelle sue caratteristiche ed in mancanza di dati in letteratura, gli standard saranno rivalutati sulla base dei risultati ottenuti

Obiettivo Specifico 1	Organizzazione e attivazione del "Centro di Accoglienza delle Fragilità"
Indicatore/i di risultato	Attivazione Centro Verifica Indicatori di esito
Standard di risultato	100% Centro attivato entro il 01.03.2016 80 % soddisfacimento indicatori di esito

Obiettivo Specifico 2	Azione di prioritarizzazione per un corretto uso dei farmaci, con l'obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica in pazienti con policronicità e in politerapia farmacologica
Indicatore/i di risultato	Attivazione *PRIMAVENGOIO* Verifica Indicatori di esito
Standard di risultato	*100% PRIMAVENGOIO* attivato entro il 01.03.2016 80 % soddisfacimento indicatori di esito

Obiettivo Specifico 3	Attivazione di quattro posti letto di osservazione breve territoriale (O.B.T.)
Indicatore/i di risultato	Attivazione O.B.T. Verifica Indicatori di esito
Standard di risultato	100% attivazione O.B.T. entro il 01.03.2016 80 % soddisfacimento indicatori di esito

Cronoprogramma di realizzazione

	Tempistica attività (Trimestri a partire dal 4° trimestre 2015)							
	1	2	3	4	5	6		
Attività 1: • Presentazione progetto all'Equipe Territoriale MMG Ovada • Diffusione progetto alla comunità locale								
Attività 2: Inizio attività Centro Accoglienza Fragilità, PRIMAVENGOIO, O.B.T								
Attività 3: Arruolamento attivo/passivo pazienti cronici								
Attività 4: Verifica indicatori di processo e di esito								
Attività 5: Riunioni periodiche con personale coinvolto per divulgazione dati								

PROGRAMMA DELLE ATTIVITA' TERRITORIALI – P.A.T.

(D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015)

ANNO 2016

DISTRETTO DI NOVI LIGURE - TORTONA

INDICE

IL DISTRETTO DI NOVI LIGURE - TORTONA PAG. 3

STRUTTURE SANITARIE TERRITORIALI PAG. 11

PROGRAMMAZIONE ANNO 2016 PAG. 14

LEGENDA PAG. 16

ALLEGATO 2 – LO SCHEMA DEL PAT PAG. 17

ALLEGATO 3 - SCHEDE PROGETTUALI PAG. 24

IL DISTRETTO DI NOVI L. - TORTONA

Comune	ex Distretto	DISTRETTO	Popolazione 31.12.2013	Superficie (kmq)	Dens. demogr. (ab/kmq)	Z.A.
Albera Ligure	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	327	21,34	15,32	M
Arquata Scrivia	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	6.381	23,36	273,16	M
Basaluzzo	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	2.123	15,22	139,49	P
Borghetto di Borbera	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	2.014	39,61	50,85	M
Bosio	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	1.246	67,02	18,59	M
Cabella Ligure	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	556	46,78	11,89	M
Cantalupo Ligure	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	524	24,06	21,78	M
Capriata d'Orba	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	1.930	28,32	68,15	C
Carrega Ligure	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	89	55,48	1,60	M
Carrosio	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	523	7,24	72,24	M
Cassano Spinola	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	1.780	14,97	118,90	C
Fraconalto	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	348	15,85	21,96	M
Francavilla Bisio	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	538	7,76	69,33	C
Fresonara	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	738	6,94	106,34	P
Gavazzana	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	191	3,12	61,22	C
Gavi	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	4.691	50,90	92,16	C
Grondona	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	532	25,79	20,63	M
Mongiardino Ligure	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	169	29,15	5,80	M
Novi Ligure	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	28.468	54,22	525,05	P
Parodi Ligure	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	716	12,50	57,28	C
Pasturana	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	1.312	5,26	249,43	C
Pozzolo Formigaro	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	4.838	35,59	135,94	P
Roccaforte Ligure	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	143	20,73	6,90	M
Rocchetta Ligure	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	210	10,09	20,81	M
San Cristoforo	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	624	3,59	173,82	C
Sardigliano	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	433	12,62	34,31	C
Serravalle Scrivia	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	6.391	16,02	398,94	C
Stazzano	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	2.479	17,83	139,04	M
Tassarolo	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	667	7,09	94,08	C
Vignole Borbera	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	2.207	8,49	259,95	M
Voltaggio	NOVI LIGURE	NOVI L. - TORTONA	743	51,49	14,43	M
Alluvioni Cambiò	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	949	9,28	102,26	P
Alzano Scrivia	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	386	2,07	186,47	P
Avolasca	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	306	12,29	24,90	M
Berzano di Tortona	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	159	2,91	54,64	C
Brignano-Frascata	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	457	17,42	26,23	M
Carbonara Scrivia	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	1.113	5,03	221,27	C
Carezzano	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	439	10,31	42,58	C
Casalnoceto	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	1.012	12,97	78,03	P
Casasco	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	137	9,03	15,17	M
Castellania	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	91	7,69	11,83	M
Castellar Guidobono	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	419	2,46	170,33	P
Castelnuovo Scrivia	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	5.345	45,42	117,68	P
Cerreto Grue	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	321	4,78	67,15	C
Costa Vescovato	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	375	7,74	48,45	M
Dernice	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	204	18,31	11,14	M
Fabbrica Curone	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	685	53,64	12,77	M
Garbagna	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	720	20,70	34,78	M
Gremiasco	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	336	17,36	19,35	M
Guazzora	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	309	2,91	106,19	P
Isola Sant'Antonio	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	728	23,91	30,45	P
Molino dei Torti	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	636	2,74	232,12	P
Momperone	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	226	8,60	26,28	M
Monleale	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	595	9,61	61,91	M
Montacuto	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	295	23,76	12,42	M
Montegioco	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	331	5,44	60,85	M
Montemarzino	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	355	9,80	36,22	M
Paderna	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	223	4,22	52,84	C
Pontecurone	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	3.803	29,81	127,57	P
Pozzol Groppo	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	344	13,86	24,82	M
Sale	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	4.238	44,72	94,77	P
San Sebastiano Curone	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	590	3,95	149,37	M
Sant'Agata Fossili	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	439	8,04	54,60	C
Sarezzano	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	1.166	13,79	84,55	C
Spineto Scrivia	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	334	4,12	81,07	C
Tortona	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	27.428	99,29	276,24	P
Viguzzolo	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	3.215	18,27	175,97	P
Villalvernia	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	967	4,63	208,86	C
Villaromagnano	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	701	6,12	114,54	C
Volpedo	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	1.263	10,58	119,38	C
Volpeglino	TORTONA	NOVI L. - TORTONA	162	3,22	50,31	C
TOTALE		NOVI L. - TORTONA	135.733	1.349	100,60	

	n°	%
COMUNI	71	
di cui pianura	16	22,5%
di cui collina	23	32,4%
di cui montagna	32	45,1%

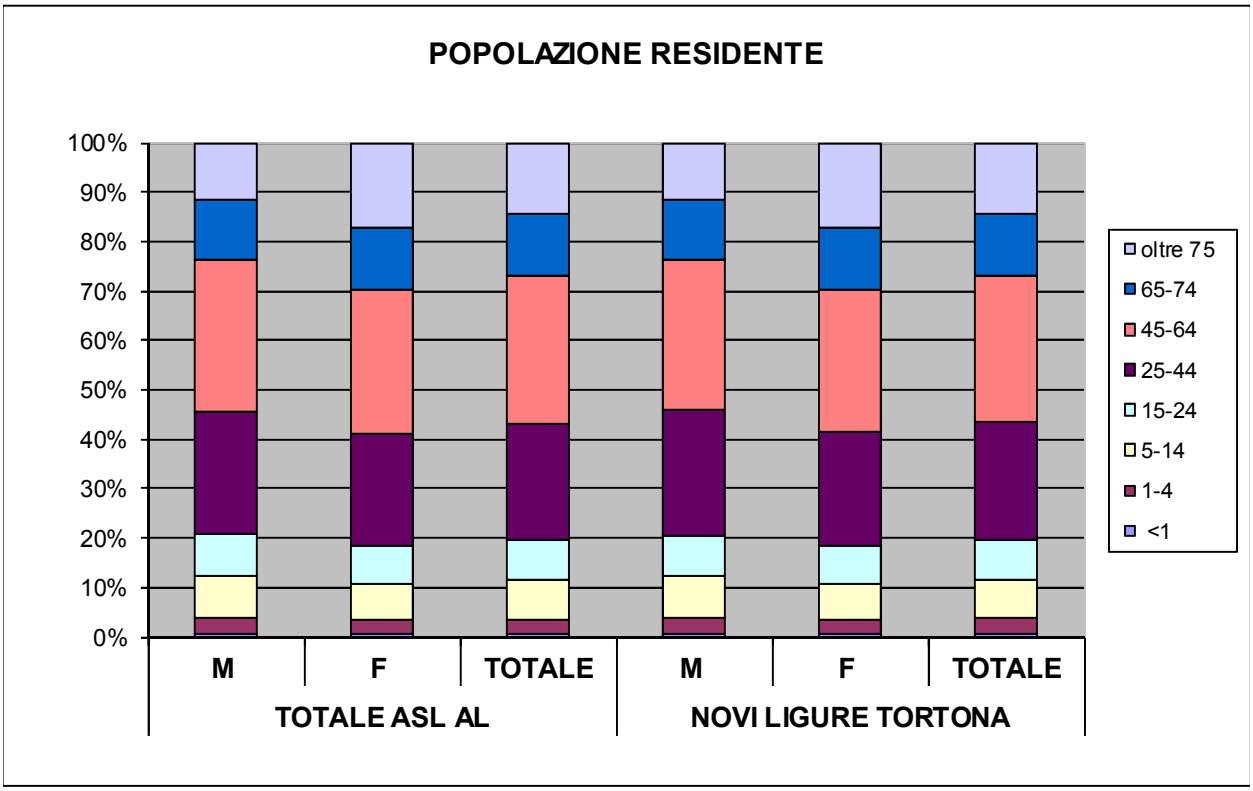
Nota: popolazione anno 2013 utilizzata quale indice per la definizione ambiti distrettuali

Sede legale: Viale Giolitti,2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

POPOLAZIONE RESIDENTE AGGIORNATA AL 31.12.2014

Fonte dati: BDDE Regione Piemonte

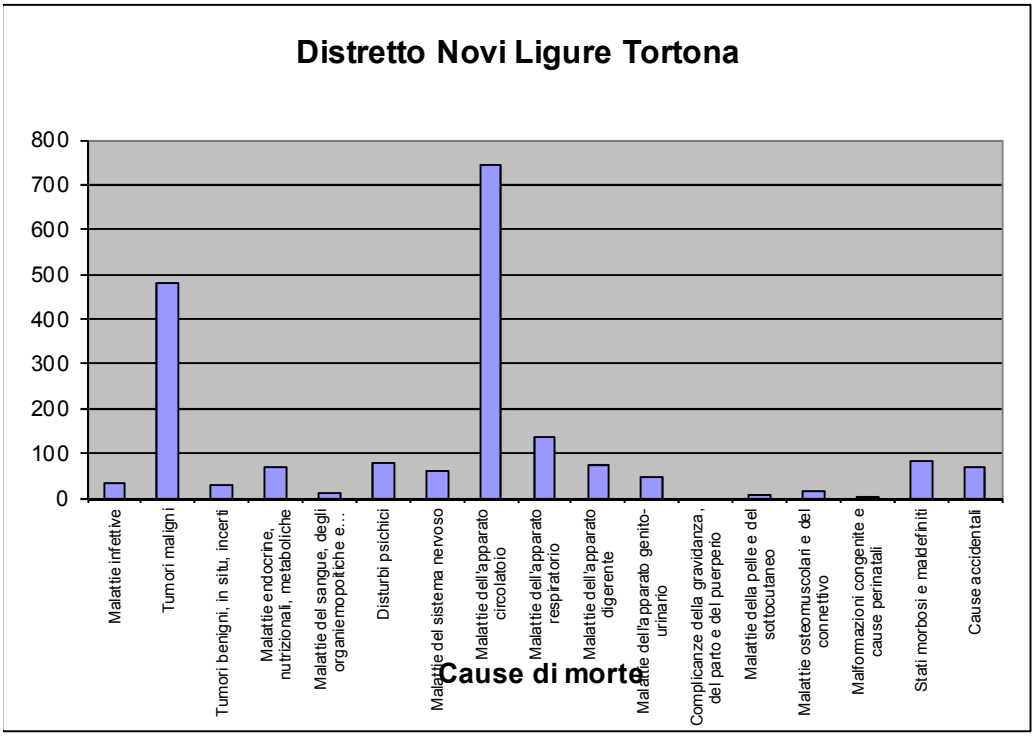
Fascia di età	TOTALE ASL AL			NOVI LIGURE TORTONA		
	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE
<1	1.533	1.430	2.963	469	430	899
1-4	6.841	6.299	13.140	2.162	1.988	4.150
5-14	17.921	17.036	34.957	5.445	5.152	10.597
15-24	18.392	17.488	35.880	5.433	5.263	10.696
25-44	52.818	52.179	104.997	16.562	16.040	32.602
45-64	65.775	66.690	132.465	20.074	19.942	40.016
65-74	26.098	29.174	55.272	8.031	8.660	16.691
oltre 75	24.664	39.735	64.399	7.466	11.938	19.404
TOTALE	**214.042**	**230.031**	**444.073**	**65.642**	**69.413**	**135.055**



ESENZIONI TICKET – DISTRETTO NOVI L. - TORTONA

DISTRETTO DI NOVI E TORTONA									
	Esenti Patol. Croniche			Esenti Patol. Rare			Esenti Invalidità		
	casi	% Distretto su pop	% ASLAL su pop	casi	% Distretto su pop	% ASLAL su pop	casi	% Distretto su pop	% ASLAL su pop
0 anni	19	2,2%	1,4%	3	0,3%	0,2%	1	0,1%	0,0%
1 - 4 anni	112	2,7%	2,5%	20	0,5%	0,4%	6	0,1%	0,2%
5 - 14 anni	323	3,0%	3,1%	116	1,1%	1,0%	109	1,0%	1,0%
15 - 44 anni	3.164	7,3%	7,5%	333	0,8%	0,8%	715	1,7%	1,7%
45 - 64 anni	11.162	27,9%	29,6%	222	0,6%	0,7%	1.922	4,8%	5,0%
65 - 74 anni	9.056	54,3%	58,0%	71	0,4%	0,6%	1.524	9,1%	9,3%
75 anni e oltre	10.556	54,4%	60,6%	52	0,3%	0,2%	4.278	22,0%	21,9%
TOTALE	34.392	25,5%	27,5%	816	0,6%	0,7%	8.556	6,3%	6,4%

CAUSE DI MORTE ANNO 2012 FONTE DATI REGIONE PIEMONTE	NOVI L. TORTONA		
	Maschi	Femmine	Totale
Malattie infettive	20	12	32
Tumori maligni	279	203	482
Tumori benigni, in situ, incerti	16	11	27
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	26	45	71
Malattie del sangue, degli organiemopoitiche e disordini immunitari	4	5	9
Disturbi psichici	26	51	77
Malattie del sistema nervoso	28	34	62
Malattie dell'apparato circolatoio	330	412	742
Malattie dell'apparato respiratorio	66	69	135
Malattie dell'apparato digerente	38	36	74
Malattie dell'apparato genito-urinario	17	28	45
Complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio	0	0	0
Malattie della pelle e del sottocutaneo	5	2	7
Malattie osteomuscolari e del connettivo	6	10	16
Malformazioni congenite e cause perinatali	2	2	4
Stati morbosi e maldefiniti	22	62	84
Cause accidentali	40	31	71
TOTALE	**925**	**1013**	**1938**



Sede legale: Viale Giolitti,2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

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

	Distretto di Novi Ligure Tortona	
	2014	2015
	Totale anno	1 semestre
TOTALE COMPLESSIVO DO + DH	**22.581**	**11.421**
TOTALE PIEMONTE	**16.975**	**8.618**
- di cui ASL AL	11.674	5.964
OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	*209*	*103*
OSPEDALE DI TORTONA	*5.332*	*2.665*
OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	*5.807*	*3.027*
OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	*94*	*46*
OSPEDALE CIVILE DI OVADA	*232*	*123*
- di cui AZIENDA OSPEDALIERA SS.ANTONIO E BIAGIO-C.ARRIGO	3.355	1.645
- di cui CASE DI CURA PRIVATE PROV. AL	1.289	728
- di cui ALTRI REGIONE PIEMONTE	657	281
FUORI REGIONE (dato 2013)	5.606	2.803

Popolazione 2014 - da BDDE Regione Piemonte	**135.055**	**135.055**
Popolazione 2014 PESATA ASS OSPEDALIERA	**143.023**	**143.023**

TASSO OSPEDALIZZAZIONE COMPLESSIVO - POP PESATA	**157,88**	**161,03**
TASSO OSPEDALIZZAZIONE EROGATORI REGIONE PIEMONTE	**118,69**	**121,51**
- di cui ASL AL	**81,62**	**84,09**
- di cui AZIENDA OSPEDALIERA SS.ANTONIO E BIAGIO-C.ARRIGO	**23,46**	**23,19**
- di cui CASE DI CURA PRIVATE PROV. AL	**9,01**	**10,26**
TASSO OSPEDALIZZAZIONE STRUTTURE EXTRAREGIONE (2013)	**39,20**	**39,52**

NOTA BENE: IL DATO DEI RICOVERI EXTRAREGIONE E' RELATIVO AL 2013
IL TASSO DI OCCUPAZIONE E' IL N° RICOVERI OGNI 1000 ABITANTE **IL T.O. 1^ SEMESTRE 2015 E' TENDENZIALE E RAPPORTATO ALL'ANNO INTERO**

Sede legale: Viale Giolitti,2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

OSPEDALIZZAZIONE RESIDENTI DISTRETTO NOVI L. - TORTONA (RICOVERI ORDINARI + DH)

	ANNO 2014											
	EROGATORE											
DISCIPLINA	TOTALE	PIEMONTE	PPOO ASLAL	OSPEDALE CASALE M.	OSPEDALE TORTONA	OSPEDALE NOVI L.	OSPEDALE ACQUI T.	OSPEDALE OVADA	ASO AL	PRIVATI ASL AL	ALTRO PIEMONTE	EXTRAREG
TOTALE	22.581	16.975	11.674	209	5.332	5.807	94	232	3.355	1.289	657	5.606
01 - ALLERGOLOGIA	17	17	17			17					0	0
02 - DAY HOSPITAL	56										0	56
05 - ANGIOLOGIA	1										0	1
06 - CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	12										0	12
07 - CARDIOCHIRURGIA	126	100							38	55	7	26
08 - CARDIOLOGIA	1.664	1.530	811	3	384	420	4		338	353	28	134
09 - CHIRURGIA GENERALE	2.965	2.443	2.152	7	1.244	885	16		104	118	69	522
10 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	205	193							168		25	12
11 - CHIRURGIA PEDIATRICA	168	129							127		2	39
12 - CHIRURGIA PLASTICA	145	86							79		7	59
13 - CHIRURGIA TORACICA	103	53							53		0	50
14 - CHIRURGIA VASCOLARE	208	140							134		6	68
15 - MEDICINA SPORTIVA	1										0	1
18 - EMATOLOGIA	182	113							105		8	69
19 - MALATTIE ENDOCRINE E DELLA NUTRIZIONE	34	13							10		3	21
20 - IMMUNOLOGIA	3	1									1	2
21 - GERIATRIA	25	18							17		1	7
24 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	106	71	32	32					34		5	35
25 - MEDICINA DEL LAVORO	13										0	13
26 - MEDICINA GENERALE	2.700	2.401	2.191	5	1.219	882	4	81	121	66	23	299
28 - UNITA' SPINALE	20	18							17		1	2
29 - NEFROLOGIA	166	152	115			115			28		9	14
30 - NEUROCHIRURGIA	236	167							161		6	69
31 - NIDO	733	540	397	2		394	1		136		7	193
32 - NEUROLOGIA	940	821	724	1	365	358			42	42	13	119
33 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	79	58							58		0	21
34 - OCULISTICA	415	217	134	71	39	23	1		61	11	11	198
35 - ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	37	33	3	3					29		1	4
36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2.353	1.723	946	2	649	267	28		230	469	78	630
37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2.280	1.618	1.274	11		1.252	11		303	4	37	662
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	830	640	456	3	430		23		150		34	190
39 - PEDIATRIA	900	753	560		411	149			186		7	147
40 - PSICHIATRIA	277	242	132	4		128			96		14	35
43 - UROLOGIA	1.109	806	668	10		653	5		58	42	38	303
47 - GRANDI USTIONATI	10										0	10
48 - NEFROLOGIA (TRAPIANTI DI RENE)	31	11									11	20
49 - TERAPIA INTENSIVA	600	583	502	43	410	48	1		75		6	17
50 - UNITA' CORONARICA	265	259	210		127	83			48		1	6
51 - ASTANTERIA	33										0	33
52 - DERMATOLOGIA	27	12									12	15
56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	1.273	442	144	5				139	72	116	110	831
57 - FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA	16										0	16
58 - GASTROENTEROLOGIA	87	35	14	1		13			4		17	52
60 - LUNGODEGENTI	114	89	63			51		12	4	5	17	25
61 - MEDICINA NUCLEARE	23	13							13		0	10
62 - NEONATOLOGIA	28	4									4	24
64 - ONCOLOGIA	419	238	127	4	54	69			101		10	181
65 - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	22	9									9	13
66 - ONCOEMATOLOGIA	1										0	1
67 - PENSIONATI	18	9							5		4	9
68 - PNEUMOLOGIA	126	82	2	2					72		8	44
69 - RADIOLOGIA	14										0	14
70 - RADIOTERAPIA	2										0	2
71 - REUMATOLOGIA	59	13							12		1	46
73 - TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	27	21							18		3	6
75 - NEURORIABILITAZIONE	49	33							25	8	0	16
76 - NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	9	1									1	8
77 - NEFROLOGIA PEDIATRICA	16										0	16
78 - UROLOGIA PEDIATRICA	25	25							23		2	0
97 - DETENUTI	0										0	0
98 - DAY SURGERY MULTISPEC / LAB ANALISI	163										0	163
99 - DIMISSIONE PROTETTA / ALTRE PRESTAZIONI	15										0	15

ASL AL
REGIONE PIEMONTE

Sede legale: Viale Giolitti,2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

ANALISI FABBISOGNO ACCESSI PRONTO SOCCORSO

RESIDENTI DISTRETTO DI NOVI L. - TORTONA

Gennaio - Dicembre 2014

FASCE ETA'	Colore Bianco		Colore Verde		Colore Giallo		Colore Rosso		TOTALE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
0 - 6 anni	306	255	1.960	1.493	133	86	4	7	2.403	1.841
7 - 14 anni	140	110	1.465	1.086	60	42	2	1	1.667	1.239
15 - 44 anni	435	416	6.111	6.915	199	394	10	5	6.756	7.730
45 - 64 anni	280	237	4.541	3.963	313	210	33	10	5.169	4.421
65 - 74 anni	88	72	2.005	1.794	287	144	24	11	2.409	2.023
75 anni ed oltre	122	102	3.057	4.066	566	722	45	31	3.807	4.946
TOTALE	**1.371**	**1.192**	**19.139**	**19.317**	**1.558**	**1.598**	**118**	**65**	**22.211**	**22.200**

Gennaio - Giugno 2015

FASCE ETA'	Colore Bianco		Colore Verde		Colore Giallo		Colore Rosso		TOTALE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
0 - 6 anni	163	132	1.023	786	89	41	4	3	1.280	962
7 - 14 anni	76	77	799	661	39	17	4	1	918	756
15 - 44 anni	228	243	2.981	3.310	96	170	4	7	3.309	3.730
45 - 64 anni	165	118	2.119	2.042	146	75	14	4	2.445	2.240
65 - 74 anni	53	43	982	943	119	73	13	7	1.171	1.068
75 anni ed oltre	52	45	1.567	2.070	298	350	23	30	1.951	2.516
TOTALE	**737**	**658**	**9.471**	**9.812**	**787**	**726**	**62**	**52**	**11.074**	**11.272**

ASSISTENZA SPECIALISTICA 2014 – 2015 RESIDENTI DISTRETTO NOVI L. - TORTONA

	GEN-GIU 2015					GEN-GIU 2014				
	TIPO PRESTAZIONE					TIPO PRESTAZIONE				
EROGATORE	TOT	LABORATORIO	TAC	RMN	TERAPIA FISICA	TOT	LABORATORIO	TAC	RMN	TERAPIA FISICA
TOT PIEMONTE	**1.041.252**	**780.158**	**4.448**	**5.180**	**12.204**	**1.114.875**	**855.093**	**4.806**	**5.745**	**19.693**
H - DISTRETTO 1 - ACQUI TERME	**1.456**	504	1	0	0	**1.533**	649	5	0	20
H - DISTRETTO 2 - ALESSANDRIA	**1.765**	11	0	0	0	**1.572**	13	0	0	0
H - DISTRETTO 3 - CASALE	**3.351**	2.394	11	14	0	**4.463**	3.617	16	18	12
H - DISTRETTO 4 - NOVI LIGURE	**718.522**	619.545	1.194	1.997	6.171	**794.289**	693.772	1.166	2.108	13.251
H - DISTRETTO 5 - OVADA	**3.619**	18	15	0	441	**3.101**	15	14	0	240
H - DISTRETTO 6 - TORTONA	**139.593**	46.543	937	1.616	5.081	**133.809**	41.610	1.221	2.038	5.872
H - DISTRETTO 7 - VALENZA	**191**	2	0	0	0	**296**	6	0	0	0
ASO AL	**79.387**	54.147	401	202	111	**73.762**	52.140	252	21	188
CASA DI CURA CITTA DI AL	**3.116**	1.123	217	174	0	**2.412**	756	136	290	0
CASA DI CURA "SALUS"	**675**	469	0	0	0	**1.008**	630	2	0	0
ST."CENTOCANNONI"	**8.224**	0	654	1.120	0	**7.126**	0	616	1.164	0
STATIC	**839**	0	0	0	320	**474**	0	0	0	110
STUDIO RAD. PONZANO	**100**	0	0	0	30	**171**	0	0	0	0
STUDIO RADIOLOG. ZORINI	**8.088**	0	501	0	0	**8.483**	0	688	0	0
STUDIO RADIOLOGICO DR. FOCO	**14.112**	0	456	0	0	**16.557**	0	623	0	0
STUDIO RADIOLOGICO NEWIMA	**17**	0	0	7	0	**35**	0	1	14	0
CASA DI CURA VILLA IGEA	**153**	0	0	0	0	**100**	0	0	0	0
C.C. S.ANNA CASALE	**81**	68	0	6	0	**147**	62	0	47	0
LABORATORIO DOTT. QUAGLIA	**47.751**	47.751	0	0	0	**55.616**	55.616	0	0	0
ALTRO REGIONE	**10.212**	7.583	61	44	50	**9.921**	6.207	66	45	0

POPOLAZIONE (non pesata)	**135.055**	135.055	135.055	135.055	135.055	**135.733**	135.733	135.733	135.733	135.733
PREST PER ABITANTE (non pesato)	**15,42**	**11,55**	**6,59**	**7,67**	**18,07**	**16,43**	**12,60**	**7,08**	**8,47**	**29,02**
VAR RISPETTO 2014	*- **1,01***	*- 1,05*	*- 0,49*	*- 0,79*	*- 10,94*					

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

STRUTTURE SANITARIE TERRITORIALI

	n°
Strutture Ambulatoriali extraospedaliere	
a gestione diretta territoriale - distrettuale	**3**
private accreditate	**3**
Totale posti letto RSA accreditati/convenzionati (esclusi p.l. fuori ASL)	**1.054**
Totale posti in Centri Diurni per anziani accreditati/convenzionati	**30**
di cui Centri Diurni Integrati (CDI)	**30**
di cui Centri Diurni Alzheimer Integrati (CDAI)	**0**
Totale posti letto convenzionati per assistenza residenziale disabili (esclusi p.l. fuori ASL)	**211**
Totale posti in Centri Diurni per disabili convenzionati	**72**
Totale posti letto Hospice a gestione diretta	**0**

MEDICINA E PEDIATRIA DI BASE

	n°
Medici di Medicina Generale	**100**
di cui operanti in Medicina di Associazione	**7**
di cui operanti in Medicina di Rete	**53**
di cui operanti in Medicina di Gruppo	**31**
Pediatri di Libera Scelta	**12**
di cui operanti in Medicina di Associazione	**2**
di cui operanti in Medicina di Gruppo	**1**
Continuità Assistenziale – Guardia Medica (numero sedi)	**6**
CENTRI DI ASSISTENZA PRIMARIA (CAP)	**0**
CONSULTORI FAMILIARI	**8**
di cui Sedi Distrettuali	**1**
di cui Sedi Sub Distrettuali	**7**
FARMACIE	
Farmacie convenzionate	**53**
Dispensari farmaceutici	**11**
MEDICINA LEGALE (sedi)	**2**

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIE DELLE DIPENDENZE

	n°
SER.D.	**2**
Centri Diurni per tossicodipendenti e alcoolisti a gestione diretta	**0**

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

	n°
Centri di Salute Mentale	**2**
Centri Diurni	**0**
Servizi Psichiatri di Diagnosi e Cura	**1**
Comunità Protette a gestione diretta	**1**
Gruppi Appartamento	**6**
di cui gestione diretta	**4**
di cui gestione privata	**2**
Posti in convenzione per assistenza residenziale psichiatrica	**26**
di cui Comunità protetta di tipo A	**2**
di cui Comunità protetta di tipo B	**17**
di cui Comunità alloggio	**7**

PROGRAMMAZIONE ANNO 2016

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

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

del paziente ed il miglioramento dei livelli di assistenza garantita attraverso la pianificazione dei percorsi di cura;

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

Gli obiettivi ed i progetti previsti nel Programma delle Attività Territoriali per l'anno 2016 sono correlati alle risorse, che saranno rese disponibili dal riparto regionale del fondo tenendo conto degli effetti che deriveranno dall'attuazione delle DGR n.1-600 e n.1-924 sul riordino della rete ospedaliera aziendale, provvedimenti recepiti dal Piano di Organizzazione conseguente al nuovo Atto Aziendale dell'ASL AL, approvato dalla Regione Piemonte con D.G.R. del 23.11.2015.
Il processo di attuazione del riordino della rete ospedaliera prevede step di attuazione progressivi, per cui gli effetti sull'anno 2016, esercizio di interesse del presente Programma, risulteranno ancora parziali.
Azioni specifiche sulla rete distrettuale, oltre a quelle previste nel presente Programma, saranno adottate, nel quadro e con la tempistica della piena attuazione del nuovo assetto della rete ospedaliera aziendale, per le aree territoriali sulle quali sono previsti dalle DGR n.1-600 e n.1-924 interventi di riorganizzazione delle funzioni del Presidio Ospedaliero presente sul territorio.

ALLEGATI:

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

LEGENDA

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

Allegato 2 **Lo schema del PAT**

ASL AL - Distretto NOVI LIGURE - TORTONA

Cod. LA	Livello Assistenziale	Co-responsabilità (eventuale)	Indicatore	Valore obiettivo aziendale 2016	Valore obiettivo del Distretto 2016	Valore rilevato nell'anno 2014	Azioni previste dal Distretto per realizzare il proprio obiettivo	Esistenza di scheda progettuale (SI/NO) (3)
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro		Percentuale di unità controllate	**6%**			Il servizio dovrà attivarsi per raccogliere i dati a livello distrettuale	NO
10500	Attivita` di prevenzione rivolte alle persone (incl screening)		N prestazioni di primo livello - Screening mammella in rapporto alla popolazione di riferimento	**standard regionali**	**0,25**	**0,18**	Accordo con ASOAL per 2° liv. Acquisto prestazioni da rete ospedaliera per 2° liv.	NO
			N prestazioni di primo livello - Screening utero in rapporto alla popolazione di riferimento	**standard regionali**	**0,47**	**0,46**	Accordo con ASOAL per 2° liv. Acquisto prestazioni da rete ospedaliera per 2° liv.	NO
			N prestazioni di primo livello - Screening sigmo in rapporto alla popolazione di riferimento	**standard regionali**	**0,08**	**0,08**	Accordo con ASOAL per 2° liv. Acquisto prestazioni da rete ospedaliera per 2° liv.	NO
			N prestazioni di primo livello - Screening FOBT (a liv ASL) in rapporto alla popolazione di riferimento	**standard regionali**			Accordo con ASOAL per 2° liv. Acquisto prestazioni da rete ospedaliera per 2° liv.	NO

			Copertura vaccinale nei bambini (ciclo base e MPR)	**Ciclo base 95,9% MPR 89,6%**	**Novi: 97,39% 86,49% Tortona: 96,46% 88,27%**	Novi: 97,39% 86,49% Tortona: 96,46% 88,27%	Si rimanda al progetto All 3	SI
10600	Servizio medico legale		N° prestazioni di medicina legale	**36.000**			Il servizio dovrà attivarsi per raccogliere i dati a livello distrettuale	NO
20100	Guardia medica		N. visite in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,18**	**0,24**	**0,20**	Informatizzazione delle postazioni della Guardia Medica finalizzata ad assicurare la progressiva continuità dell'assistenza sanitaria	NO
			N. Ore apertura in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,19**	**0,25**	**0,25**		
20201	Medicina generale - Medicina generica		N. MMG IN AFT (Aggreg Funzionali Territoriali) rispetto totale MMG	**in via definizione**	**in via definizione**	-	Per AFT/UCCP si rinvia alle disposizioni regionali di riferimento	NO
			N. MMG IN UCCP (Unità Complesse Cure Primarie) rispetto al totale MMG	**in via definizione**	**in via definizione**	-		NO
20202	Medicina generale - Pediatria di libera scelta		N° bilanci di salute (dato complessivo) sul numero nati	**8,12**	**9,28**	**9,15**	Accordi con PLS	NO
			N. PDL IN AFT (Aggreg Funzionali Territoriali) rispetto al totale di PDL	**in via definizione**	**in via definizione**	-	Per AFT/UCCP si rinvia alle disposizioni regionali di riferimento	NO
			N. PDL IN UCCP (Unità Complesse Cure Primarie) rispetto al totale di PDL	**in via definizione**	**in via definizione**	-		NO

20300	Emergenza sanitaria territoriale (118)		Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	**13,00**	**NOVI 11 TORT 12**	NOVI 11 TORT 12	Attività gestita da ASO AL	NO
20401	Ass. farmaceutica - Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate		Costo netto dell'assistenza farmaceutica in rapporto alla popolazione di riferimento (i dati si riferiscono al conto 3100404)	**129,00**	**127,50**	**127,55**	Si rimanda al progetto All 3	SI
			Percentuale di consumo annuo (DDD) dei farmaci appartenenti al PHT in rapporto alla popolazione di riferimento	**8,00**	**8,40**	**8,69**		
20402	Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell`assistenza farmaceutica		Costo netto dell'assistenza farmaceutica (DISTRIBUZIONE DIRETTA) in rapporto alla popolazione di riferimento	**42,00**	**46,00**	**46,57**	Si rimanda al progetto All 3	SI
20500	Assistenza integrativa		Totale costo netto di assistenza integrativa **per mille abitanti in rapporto alla popolazione di riferimento** - (rif. conti di bilancio 3101801-02-34 - Fonti: Distretto e Dip Farmaceutico)	**13.950**	**13.150**	**13.110**	Omogeneizzazione delle procedure nell'ambito dei singoli distretti	NO
20601	Assistenza specialistica - Attivita` clinica		Numero di prestazioni per abitante	**3,00**	**3,00**	**3,05**	Mantenimento del valore e attenzione a liste e tempi di attesa	NO
20602	Assistenza specialistica - Attivita` di laboratorio		Numero di prestazioni per abitante	**11,20**	**11,20**	**11,67**		NO
20603	Assistenza specialistica - Attivita` di diagnostica strumentale e per immagini		Numero di prestazioni per abitante	**0,88**	**0,85**	**0,86**		NO

			Numero di prestazioni di RM per 100 residenti	**6,50**	**6,80**	**7,03**		NO
20700	Assistenza protesica		Costo netto dell'assistenza protesica **per mille abitanti** in rapporto alla popolazione di riferimento- (Rif. conto di bilancio 3101803 - Fonte: Distretto)	**3.300**	**3.650**	**3.885**	Omogeneizzazione delle procedure nell'ambito dei singoli distretti	NO
20801	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a domicilio (ADI)		% di anziani >= 65 anni trattati in ADI (da indicazioni regionali liv. Intesità 3-4 senza malati terminali) in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,85%**	**0,52%**	**0,47%**	Da valutare nel complesso dell'assistenza agli anziani	SI
20802	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)		N prestazioni di consultorio per mille abitanti in rapporto alla popolazione di riferimento	**85,00**	**75**	**70,04**	Attivazione totem informativi multilingua	NO
20803	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica		Utenti in carico nei centri di salute mentale in rapporto alla popolazione di riferimento per 100.000 abitanti (dati 2015)	**2.700**	**2.450**	**2.330,44**	Da valutare nel complesso dell'assistenza psichiatrica	NO
20804	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai disabili		N. giornate di assistenza riabilitativa a favore di disabili in rapporto alla popolazione di riferimento = **prestazioni orarie**	**0,06**	**0,06**	**0,04**	Da valutare nel complesso dell'assistenza a disabili	NO
20805	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipendenti		N° utenti in carico (**per 1000 abitanti**) in rapporto alla popolazione di riferimento	**14,50**	**12,50**	**12,43**	Da valutare nel complesso dell'assistenza ai tossicodipendenti	SI

20806	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani		% di anziani >= 65 anni trattati a domicilio in rapporto alla popolazione di riferimento (oltre ADI livello 20801) (da indic regionali liv. Intensità da 0 a 2)	**6,0%**	**6,30%**	**6,35%**	Da valutare nel complesso dell'assistenza agli anziani	SI
20807	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali		% malati terminali trattati in Cure domiciliari = casi trattati (la Regione non ha individuato la popolazione di riferimento per il calcolo della %)	**1.150**	**430**	**426**	Programmazione con Rete Oncologica	NO
21100	Assistenza idrotermale		Costo di assistenza idrotermale per mille assistiti in rapporto alla popolazione di riferimento	**2.360**	**2812**	**2.812,18**	In attesa svuiluppi Terme Acqui T.	NO
20901	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica		N° giornate di semiresidenzialità per assistenza psichiatrica in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,04**	**0,040**	**0,052**	Da valutare nel complesso dell'assistenza psichiatrica	NO
20902	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili		N° giornate di semiresidenzialità per assistenza ai disabili in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,12**	**0,14**	**0,137**	Da valutare nel complesso dell'assistenza a disabili	NO
20903	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti		N° giornate di semiresidenzialità per assistenza ai tossicodip in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,01**	**0**	-	Da valutare nel complesso dell'assistenza ai tossicodipendenti	NO

20904	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza agli anziani		N° giornate di semiresidenzialità per assistenza agli anziani in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,03**	**0,040**	**0,039**	Da valutare nel complesso dell'assistenza agli anziani	NO
21001	Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica		N° giornate di residenzialità per assistenza psichiatrica	**0,35**	**0,300**	**0,346**	Da valutare nel complesso dell'assistenza psichiatrica	NO
21002	Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili		N° giornate di residenzialità per assistenza ai disabili in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,30**	**0,270**	**0,265**	Da valutare nel complesso dell'assistenza a disabili	NO
21003	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti		N° giornate di residenzialità per assistenza ai tossicodipendenti in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,10**	**0,070**	**0,060**	Da valutare nel complesso dell'assistenza ai tossicodipendenti	NO
21004	Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani		N° giornate per assistenza agli anziani => 65 anni in rapporto alla popolazione di riferimento	**5,13**	**5,25**	**5,35**	Da valutare nel complesso dell'assistenza agli anziani	NO
21005	Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV		N° giornate di assistenza residenziale per HIV in rapporto alla popolazione di riferimento	**0,02**		-	Da valutare nel complesso dell'assistenza ai tossicodipendenti	NO
21006	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai malati terminali		N° giornate di hospice per assistenza ai malati terminali deceduti per tumore in rapporto alla popolazione di riferimento	**1,20**	**0,60**	**0,49**	Valutazione su eventuale attivazione nuovi Hospice	NO
30100	Attivita` di pronto soccorso (accessi)		N° accesso al PS per mille assistiti in rapporto alla popolazione di riferimento	**320,00**	**310,00**	**310,52**	Da valutare con attività guardia medica	NO

30201	Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery		Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	**38,50**	**39,00**	**38,92**		NO
30202	Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria		Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	**105,00**	**107,00**	**108,91**		SI
			Percentuale parti cesari primari (PARTI CESAREI DI DONNE NON PRECESARIZZATE)	**21,00**	**21,00**	**21,20**		NO
			Percentuali pazienti >= 65 anni con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 GG in RO (INT FRATTURA FEMORE GG PRE-INT <=2)	**52,00**	**48,00**	**46,54**		NO
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti		Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	**0,80**	**0,80**	**0,80**		NO
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione		Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	**8,00**	**9,00**	**9,24**		NO

ALLEGATO 3

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

DISTRETTO DI NOVI LIGURE – TORTONA:

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

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

ASL AL

Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza

Sottolivello assistenziale: Assistenza Farmaceutica

Responsabile: Direttore Distretto

Corresponsabili: Dirigenti Farmacisti di Distretto

Denominazione del progetto di miglioramento: APPROPRIATEZZA SPESA FARMACEUTICA: INCREMENTO USO FARMACI A BREVETTO SCADUTO

Descrizione ed analisi del problema

L'impiego appropriato delle risorse assegnate al SSN è una condizione imprescindibile per il mantenimento e la sostenibilità dell'attuale struttura universalistica del sistema sanitario, specie nell'attuale contesto di costante crescita della richiesta di servizi motivata da fattori noti (invecchiamento della popolazione, aumento delle patologie croniche, sviluppo di nuove tecnologie/progresso scientifico) e di progressiva riduzione delle risorse a disposizione.

Il farmaco a brevetto scaduto rappresenta, in questo quadro, uno strumento di rilevanza strategica cruciale che, accanto alle garanzie derivanti dall'impiego di terapie conosciute per l'uso clinico prolungato e ben documentate, offre l'opportunità di mantenere elevati livelli di qualità assistenziale a costi molto più contenuti, permettendo di liberare risorse da destinare a trattamenti e tecnologie realmente innovative altrimenti non sostenibili.

I medici prescrittori costituiscono i soggetti fondamentali attraverso cui garantire la maggiore diffusione possibile dei farmaci a brevetto scaduto sul territorio.

Descrizione del progetto e delle attività

Il progetto si propone di determinare un contenimento della spesa farmaceutica attraverso l'incremento dell'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto, in particolare di quelli che presentano il miglior rapporto costo-beneficio all'interno della medesima classe; uno degli elementi cardine per determinare il contenimento della spesa è rappresentato da interventi diretti a riorientare l'azione dei prescrittori, in particolare MMG e PLS, coinvolgendoli in percorsi mirati su patologie traccianti.

Costituiscono attività strategiche per lo sviluppo del progetto:

• attività formativa ed informativa nei confronti dei prescrittori e degli assistiti
• attribuzione di obiettivi specifici a medici specialisti ospedalieri ed ambulatoriali
• assegnazione di obiettivi specifici a MMG/PLS
• monitoraggio continuo dell'andamento dell'obiettivo e dei risparmi ottenuti, con particolare attenzione alle differenze rilevate per Distretto di appartenenza, per tipologia di farmaco e per ogni singolo MMG

Oltre al processo formativo che, come sopra specificato, prevede attività di formazione / informazione nei confronti dei medici prescrittori (Specialisti e MMG/PLS), il progetto prevede l'esecuzione di una specifica campagna informativa rivolta agli assistiti sull'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto.

In *ambito territoriale* il progetto contempla, oltre all'abituale azione di analisi e controllo delle prescrizioni SSN, l'organizzazione di incontri con le Commissioni Appropriatezza dell'ASL, alla presenza dei corrispondenti Direttori di Distretto e dei Servizi Farmaceutici correlati.

Ai fini dello sviluppo delle attività, coerentemente con gli obiettivi proposti, si prevede, inoltre, il monitoraggio trimestrale dell'andamento del progetto attraverso:

- reportistica ad hoc :
  - per singolo MMG
  - per Direttore Distretto
- monitoraggio attività Sportello;
- monitoraggio del rispetto dei requisiti di appropriatezza nelle lettere di dimissione degli Specialisti ASL AL;
- analisi di aderenza di alcuni PDTA, in particolare su patologie croniche ad alto consumo di farmaci, con rilevante impatto sulla spesa farmaceutica territoriale

Obiettivi

Obiettivo Generale: Incremento dell'uso di farmaci a brevetto scaduto
Obiettivo Specifico 1: Attività formativa e informativa su prescrittori (Specialisti e MMG/PLS) e assistiti
Obiettivo Specifico 2: Revisione del Prontuario Terapeutico (ASL / ASO)
Obiettivo Specifico 3: Monitoraggio andamento progetto

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Incremento dell'uso di farmaci a brevetto scaduto
Indicatore/i di risultato	Incremento percentuale della spesa per farmaci con brevetto scaduto sul totale spesa farmaceutica convenzionata con correlato risparmio
Standard di risultato	Aumento di 3 punti della percentuale della spesa per farmaci con brevetto scaduto sul totale spesa farmaceutica convenzionata con correlato risparmio, entro il 2016

Obiettivo Specifico 1	Attività formativa e informativa su prescrittori (Specialisti e MMG/PLS) e campagna informativa assistiti
Indicatore/i di risultato	N. interventi informativi/formativi su prescrittori e N. attività informativa assistiti
Standard di risultato	4 interventi informativi/formativi su prescrittori e 1 campagna informativa assistiti

Obiettivo Specifico 2	Revisione del prontuario terapeutico (ASL / ASO)
Indicatore/i di risultato	Revisione Prontuario
Standard di risultato	Prontuario rimodulato

Obiettivo Specifico 3	Monitoraggio andamento progetto
Indicatore/i di risultato	Report; verifica lettere di dimissione degli Specialisti ASL AL Analisi dell'aderenza di alcuni PDTA
Standard di risultato	Report trimestrale; verifica semestrale lettere di dimissione degli Specialisti; analisi aderenza PDTA

Cronoprogramma di realizzazione

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

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

ASL AL
Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
Sottolivello assistenziale
Responsabile: Direttore Distretto
Corresponsabili: SS Promozione della Salute e Medicina d'Iniziativa – Dipartimento di Prevenzione – SS Percorsi Integrati Ospedale-Territorio – Presidi Ospedalieri
Denominazione del progetto di miglioramento: DEFINIZIONE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO SOCIO-ASSISTENZIALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI MIGRANTI
Descrizione ed analisi del problema Da Paese di emigrazione, negli ultimi 10 -15 anni, l'Italia è diventata paese di immigrazione, con flussi continui e diversificati a seconda delle alterne vicende geopolitiche, crisi congiunturali e accessi bellici. I dati ISTAT, che confermano la tendenza ad un aumento del fenomeno, evidenziano che al 1 gennaio 2015 nell'ambito territoriale di competenza dell'ASL AL la presenza della popolazione straniera residente è pari al 10,4 % del totale dei residenti (contro una media regionale pari al 9,6% ed una media nazionale pari al 8,2%); di questi, circa l'80% sono persone provenienti da paesi a forte pressione migratoria. La letteratura scientifica ha individuato che, per i gruppi vulnerabili della popolazione, con precario accesso alle risorse, e tra questi i migranti, il rischio di perdita della salute è maggiore rispetto al resto della popolazione. Numerosi indicatori mostrano che la salute della popolazione nei Paesi occidentali, e quindi anche in Italia, è migliorata (bassa mortalità infantile, aumento dell'aspettativa di vita, ecc…), ma altrettanti indici evidenziano crescenti diseguaglianze nella salute per i soggetti vulnerabili. La salute degli immigrati, per i quali la migrazione in se stessa rappresenta un fattore di fragilizzazione, risulta essere strettamente connessa ai sistemi di accoglienza ed ai processi di inclusione sociale messi in atto nel paese ospite. Infatti, la maggior parte delle patologie scaturiscono dalle condizioni abitative, lavorative, dal tipo di rapporto con le istituzioni, dalle difficoltà relazionali e di socializzazione. In definitiva per gli immigrati, esclusi dalla piena cittadinanza e spesso in condizioni di deprivazione economica, sociale, relazionale, culturale, i rischi per la salute sono particolarmente elevati. **Descrizione del progetto e delle attività** Il fenomeno impone di individuare strategie efficaci per dare risposte ai bisogni di questa nuova popolazione non solo in un'ottica di rispetto dei diritti universali, ma anche per cogliere orizzonti culturali diversi e prevenire conflitti sociali derivanti dall'esclusione sociale, conflitti che inevitabilmente hanno ricadute negative sullo sviluppo dell'intera collettività. Dunque, una questione prioritaria è quella di preparare i servizi, quindi anche quelli socio-sanitari, ad affrontare una utenza portatrice di culture, biografie e bisogni differenziati. Le principali azioni del progetto sono: 1. definizione e attuazione di un piano strutturato di intervento, elaborato sulla base delle linee guida predisposte a livello nazionale e regionale, che contempli le attività (accoglienza, screening, misure di prevenzione compresa l'immunizzazione attiva, sorveglianza, cura) rivolte ai migranti accolti in Provincia di Alessandria nell'ambito del programma europeo *Triton Frontex;* 2. costruzione e diffusione di linee guida per la descrizione del profilo di salute della popolazione immigrata attraverso i principali flussi correnti, allo scopo di avere informazioni quali-quantitative omogenee e confrontabili, utili alla comprensione dei principali problemi di salute che necessitano di interventi prioritari; 3. individuazione ed implementazione, nell'ambito dei servizi territoriali, di modelli organizzativi sanitari adeguati a garantire, in modo omogeneo nel territorio dell'ASL AL, l'equità nell'accesso alla Medicina di Base e alle Cure Primarie, particolarmente per i migranti irregolari; 4. adozione di strategie di provata efficacia di informazione e di educazione alla salute per l'utenza, basate sulla pratica della competenza culturale e dell'empowerment del singolo e della comunità con particolare riguardo alla tutela della salute materno-infantile.
Obiettivi *Obiettivo Generale:* tutela della salute dei migranti *Obiettivo Specifico 1:* definizione e attuazione di un piano strutturato di intervento che contempli le attività (accoglienza, screening, misure di prevenzione, sorveglianza, cura) rivolte ai migranti accolti in Provincia di Alessandria nell'ambito del programma europeo *Triton Frontex* *Obiettivo Specifico 2:* costruzione e diffusione di linee guida per la descrizione del profilo di salute della popolazione immigrata attraverso i principali flussi correnti *Obiettivo Specifico 3:* individuazione ed implementazione, nell'ambito dei servizi territoriali, di modelli

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

Durata del progetto

(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

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

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

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

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

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

Cronoprogramma di realizzazione

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

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

ASL AL

Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza

Sottolivello assistenziale

Responsabile: Direttore Distretto

Corresponsabili: SS Promozione della Salute e Medicina d'Iniziativa – Dipartimento di Prevenzione

Denominazione del progetto di miglioramento: REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE FINALIZZATI ALL'ADOZIONE DI CORRETTI STILI DI VITA

Descrizione ed analisi del problema

Secondo i dati dell'OMS, l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono causati da alcune patologie (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscoloscheletrici) che hanno in comune fattori di rischio modificabili, quali il fumo di tabacco, l'obesità e sovrappeso, l'abuso di alcol, lo scarso consumo di frutta e verdura, la sedentarietà, l'eccesso di grassi nel sangue e l'ipertensione arteriosa. Tali fattori di rischio sono responsabili - da soli - del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. Nel nostro paese, essi si distribuiscono in maniera molto differente nella popolazione e sono molto più diffusi tra le persone delle classi socio-economiche più basse, le quali hanno una mortalità e una morbosità molto maggiori rispetto a chi, socialmente ed economicamente, si trova in posizione più avvantaggiata. A perdere rapidamente il proprio patrimonio di salute sono anche gli immigrati, a causa delle condizioni di vita in cui spesso si trovano in Italia.

Tali condizioni, inoltre, pur influenzate da comportamenti individuali, sono fortemente sostenute dall'ambiente di vita e da quello sociale. I comportamenti salutari, infatti, sono resi sempre più difficili dall'organizzazione e dal disegno urbano delle città, dall'automatizzazione, dai prezzi a volte più elevati degli alimenti più sani e dai condizionamenti del marketing. Ne consegue che i soggetti più esposti a questi rischi sono quelli più vulnerabili: i bambini e le famiglie più povere.

Negli ultimi anni, per effetto di strategie adottate in Italia e nel mondo, si sono potuti osservare alcuni cambiamenti nella giusta direzione (si pensi alla tutela dal fumo passivo) ma permangono, tuttavia, anche andamenti negativi per certi fattori ed in sottogruppi di popolazione.

L'obesità è in aumento nell'insieme della popolazione e nei bambini, i giovani continuano ad essere attratti dal fumo di tabacco, le classi economiche più disagiate sono ancora le più esposte ai rischi del fumo, dell'abuso dell'alcol, della sedentarietà, di una alimentazione errata.

I 4 principali fattori di rischio (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica) – in gran parte modificabili e nei quali è possibile identificare con certezza i principali determinanti delle malattie croniche più frequenti nel nostro paese – sono ben conosciuti ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili.

Descrizione del progetto e delle attività

Su tali premesse, ed in linea con quanto predisposto nel Piano Locale della Prevenzione dell'ASL AL, risulta prioritario programmare un intervento di salute pubblica che affronti in modo globale questi fattori di rischio, consentendo di guadagnare salute e garantendo la sostenibilità del Sistema Sanitario in termini economici e di efficacia.

Tale programma permetterà di inquadrare in maniera coordinata il contrasto ai fattori di rischio con un approccio non solo agli aspetti sanitari, ma anche alle implicazioni ambientali, sociali ed economiche, e prevederà la condivisione degli obiettivi da parte degli attori coinvolti (ASL AL, Enti Locali, scuole). Contemplerà, inoltre, la definizione delle reciproche responsabilità, attraverso una programmazione ampiamente concertata e l'attivazione di azioni ed interventi che agiscano in maniera trasversale sui diversi determinanti, al fine di aumentare l'efficacia ed ottimizzare l'utilizzo delle risorse, e che comprendano interventi di comunicazione e regolazione di comunità e per gli individui.

All'interno del progetto dovranno coordinarsi le iniziative già avviate come il contrasto al fumo e all'abuso di alcol; un impegno prioritario riguarderà l'implementazione di strategie per migliorare la dieta e promuovere l'attività fisica con l'obiettivo di contrastare l'avanzata dell'epidemia di soprappeso/obesità, considerate le proporzioni che tale fenomeno ha raggiunto.

Ogni intervento di educazione e promozione della salute terrà conto della conoscenza delle diseguaglianze sociali nella salute, in particolare nell'accesso ai servizi e all'informazione stessa, allo scopo di individuare correttamente e raggiungere il più possibile i gruppi di popolazione più a rischio. Le campagne di intervento terranno conto di un punto di vista multiculturale, e presupporranno l'integrazione tra il distretto ed il Dipartimento di Prevenzione, al fine di garantire un approccio sinergico alle tematiche oggetto di trattazione,

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

Obiettivi
Obiettivo Generale: Intervento globale di contrasto ai fattori di rischio
Obiettivo Specifico 1: Istituzione gruppo di lavoro multidisciplinare e multisettoriale
Obiettivo Specifico 2: Definizione programma globale interventi di promozione della salute
Obiettivo Specifico 3: Attuazione programma interventi di promozione della salute

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Intervento globale di contrasto ai fattori di rischio
Indicatore/i di risultato	Implementazione azioni di contrasto alle patologie da errati stili di vita
Standard di risultato	Attuazione interventi di promozione della salute finalizzati alla mitigazione dei principali fattori di rischio

Obiettivo Specifico 1	Istituzione gruppo di lavoro multidisciplinare e multisettoriale
Indicatore/i di risultato	Istituzione gruppo di lavoro
Standard di risultato	Documento di istituzione del gruppo di lavoro

Obiettivo Specifico 2	Definizione programma globale interventi di promozione della salute
Indicatore/i di risultato	Programma interventi di promozione della salute
Standard di risultato	Documento che evidenzi il piano strutturato degli interventi di promozione della salute

Obiettivo Specifico 3	Attuazione programma interventi di promozione della salute
Indicatore/i di risultato	N. Interventi di promozione della salute
Standard di risultato	12 interventi di promozione della salute

Cronoprogramma di realizzazione

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

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

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

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

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

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

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

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

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

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

Cronoprogramma di realizzazione

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

5. INTERVENTI A CARATTERE LOCALE SULL'INCLUSIONE LAVORATIVA

ASL AL

Distretto: Acqui Terme – Ovada – Novi Ligure - Tortona

Sottolivello assistenziale Dipartimento di Patologia delle Dipendenze

Responsabile: Responsabile Dipartimento di Patologia delle Dipendenze

Corresponsabili: Assistenti Sociali Dipartimento di Patologia delle Dipendenze

Denominazione del progetto di miglioramento: INTERVENTI A CARATTERE LOCALE SULL'INCLUSIONE LAVORATIVA

Descrizione ed analisi del problema

L'importanza del lavoro come fattore fondamentale per l'affrancamento e l'integrazione sociale delle persone che, per diversità relazionali, culturali o sociali rischiano di trovarsi in una condizione di svantaggio, di disparità emarginante, di grave disagio, è una certezza ormai da tempo acquisita, quantomeno a livello di coscienza collettiva culturalmente avvertita.

Le persone che versano in situazioni di fragilità si confrontano con una crescente scarsità di opportunità di vita e di promozione/inclusione sociale e spesso, se reinserite nella società, sono costantemente esposte al rischio di precarietà e di ritorno alla marginalità sociale o a ricadute nella dipendenza patologica, se non supportate adeguatamente da un sistema di relazioni e di servizi in grado di fungere da rete di sicurezza per la persona.

L'inclusione lavorativa richiede lo sviluppo e il potenziamento della rete dei servizi presenti sul territorio, soprattutto in rapporto ai centri provinciali per l'impiego (CPI) al fine di migliorare l'offerta di servizi a persone in situazioni di dipendenza patologica. Il reinserimento socio-lavorativo costituisce un'area di intervento principale nell'ambito delle dipendenze patologiche, sia per i programmi di trattamento ambulatoriale che residenziale, soprattutto nella fase di conclusione del percorso comunitario.

Un elemento fondamentale è rappresentato dai tirocini di inclusione lavorativa in considerazione della necessità di costruire attività riabilitative propedeutiche al reinserimento sociale e lavorativo di pazienti seguiti dai Ser.D. che versano prioritariamente nelle seguenti condizioni:

- in fase di reinserimento post-comunitario o al termine di una fase di cura e riabilitativa (dimissioni da ricoveri, cliniche, ecc..);
- in condizione di misura alternativa alla detenzione o messa alla prova attraverso un progetto trasmesso all'Autorità Giudiziaria;
- donne sole e/o con figli senza reti di sostegno sociale ed economico;
-singoli o coppie con figli che necessitano un progetto di accompagnamento verso una genitorialità responsabile e inseriti in progetti di rete o di controllo dell'Autorità giudiziaria minorile
- in condizione di grave marginalità sociale e/o di precarietà delle condizioni di salute generali.

In tutte queste situazioni si rende necessario prospettare progetti di inclusione sociale e lavorativa sia per poter acquisire un'osservazione clinica più approfondita sia per contenere / ridurre le ricadute nelle sostanze d'abuso sia per consentire un cambiamento nello stile di vita della persona.

Inoltre è riconosciuto anche in letteratura che un positivo intervento di inclusione sociale e lavorativa può ridurre i costi sanitari (ad esempio, dei ricoveri in strutture sanitarie o di terapeutiche) e sociali (ad esempio, detenzioni per recidiva di attività illegale, ecc..)

Descrizione del progetto e delle attività

Il presente progetto fa riferimento alla programmazione dei Piani Locali delle Dipendenze biennio 2016-2017 (Sezione F Scheda Inclusione sociale e Inserimenti lavorativi), al Regolamento dei servizi d'inserimento lavorativo dei Ser.D dell'ASL 20 (delibera *n.2013/577 del 9.07.2013)* e alla DGR 07.04.2014 n.42-7397 Regione Piemonte.

Il progetto prevede un piano di intervento multifasico, che si compone delle attività di seguito riportate.

1. **Costituzione dello staff di gestione del Progetto (in collaborazione con la rete dei servizi locali per l'inclusione lavorativa dei soggetti svantaggiati – ASL - Provincia e Centri Provinciali Impiego – Comuni, Servizi Sociali, privato sociale e cooperazione sociale)**
   Nel primo periodo si intende delineare un modello di intervento condiviso e costruire una rete fattiva di soggetti che collaborano e costruiscono progetti di inclusione lavorativa in modo coordinato e integrato. Inoltre, la messa in rete delle conoscenze e delle informazioni consentirà un migliore utilizzo delle risorse e una razionalizzazione degli interventi incrementando il sistema dell'offerta. La crisi del welfare tradizionale necessita, infine, di trasformarsi anche attraverso l'individuazione di nuove soluzioni sostenibili socialmente ed economicamente quale quella che si propone l'attuale progettazione

2. **Coordinamento e gestione del Progetto**
   Si intende in questa fase:
   - *sperimentare un modello di integrazione pubblico-privato non profit e profit (le Aziende) in grado di promuovere percorsi personalizzati di inserimento lavorativo e di inclusione per soggetti dipendenti da sostanze;*
   - *incrementare le opportunità occupazionali per il target group;*
   - *ridurre il pregiudizio e la discriminazione che spesso rende vano il processo di reinserimento e riabilitazione del soggetto affetto da dipendenza patologica.*
3. **Ricerca e individuazione Aziende**
   Si prevede un ampliamento delle opportunità d'inserimento rispetto alla banca dati Aziende già in uso attraverso una messa in rete delle conoscenze e un'attività promozionale e di ricerca tesa a valutare, oltre alla disponibilità ad accogliere nuovi tirocinanti, anche la conguità occupazionale, dell'ambiente di lavoro, dell'organizzazione, delle competenze richieste, della percezione qualitativa che le aziende hanno dello svantaggio e della dipendenza , ecc..)in collaborazione con la rete locale dei servizi.
4. **Individuazione utenti Ser.D per inclusione lavorativa /Elaborazione progetti individualizzati per inserimento lavorativo a valenza riabilitativa o di reinserimento sociale.**
   In tale fase è sviluppata l'azione di mediazione, supporto e accompagnamento del soggetto (tutoraggio) con l'obiettivo di favorire l'inserimento e l'acquisizione di competenze sufficienti per migliorarne l'occupabilità. La finalità di ogni percorso è il raggiungimento di una sufficiente integrazione sociale della persona all'interno di un sistema produttivo; contestualmente si offrono strumenti anche all'Azienda o Cooperativa ospitante (es: consulenza sulle opportunità di assunzione, sostegno per situazioni di disagio, ecc) utili per possibili stabilizzazioni/ assunzioni.
5. **Attività di accoglienza, informazione e orientamento informativo**
   Considerando l'utente un soggetto che possa essere valorizzato rispetto alle sue capacità e competenze, in tale fase si procederà all'esecuzione di attività di accompagnamento e di empowerment finalizzate a incrementare le potenzialità del soggetto anche rispetto ad una ricerca guidata delle opportunità di inserimento esistenti in quel determinato territorio. (auto-consultazione, consulenza informativa diretta, ecc..)
6. **Counselling orientativo e bilancio di competenze – valutazione clinica sul modello ICF – dipendenze**
   Tale fase prevede un assessment attraverso il sistema di classificazione ICF-dipendenze, modulato nello specifico rispetto alle performance e capacità del soggetto con problemi di dipendenza. Inoltre, dal punto di vista tossicologico, si utilizzeranno i sistemi già in uso (es. per l'alcol: Cage, Audit, classificazione Cloninberg tipo 1 e tipo 2…; diagnosi DSM V, etc..) per un valutazione del funzionamento sociale e relazionale del paziente utile per procedere all'inserimento e alla scelta dell'ambito ospitante più opportuno per la persona.
7. **Sistema di valutazione**
   Si prevede una reportistica intermedia e finale condivisa dallo staff di Progetto attraverso la definizione di indicatori di processo e di risultato sull'esperienza in itinere e conclusiva

Obiettivi

Obiettivo Generale: Promozione di interventi di inclusione lavorativa attraverso un progetto realizzato secondo logiche di rete
Obiettivo Specifico 1: Costituzione dello staff di gestione del Progetto
Obiettivo Specifico 2: Individuazione utenti Ser.D per inclusione lavorativa /Elaborazione progetti individualizzati per inserimento lavorativo a valenza riabilitativa o di reinserimento sociale
Obiettivo Specifico 3: Attività di accoglienza, informazione e orientamento informativo, counselling orientativo e bilancio di competenze – valutazione clinica sul modello ICF –dipendenze
Obiettivo Specifico 4: Sistema valutazione mediante report con analisi del Progetto mediante indicatori in processo e di esito

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Promozione di interventi di inclusione lavorativa attraverso un progetto realizzato secondo logiche di rete
Indicatore/i di risultato	N. **16** tirocini formativi finalizzati all'inclusione lavorativa
Standard di risultato	75% dei tirocinanti deve concludere positivamente l'esperienza avviata.

Obiettivo Specifico 1	Costituzione dello staff di gestione del Progetto
Indicatore/i di risultato	Costituzione staff
Standard di risultato	Documento che individui lo staff per lo sviluppo del Progetto. Riferimento alla delibera n. 2013/314 del 5.04.2013 relativa al Protocollo d'intesa per il coordinamento interservizi per l'inclusione lavorativa tra Provincia, CPI, CSM, Servizi Sociali, privato sociale e Enti Locali. Per la parte operativa si farà riferimento agli incontri del Coordinamento Dipartimentale per l'inclusione sociale e lavorativa dei Ser.D e, in ogni specifico servizio, all'integrazione con la rete dei servizi sociali del territorio.

Obiettivo Specifico 2	Attività di accoglienza, informazione e orientamento informativo, Counseling orientativo e bilancio di competenze – valutazione clinica sul modello ICF – dipendenze
Indicatore/i di risultato	N. 24 attività di accoglienza, informazione e orientamento informativo N. 20 counselling e bilancio di competenze – valutazione clinica sul modello ICF – dipendenze
Standard di risultato	N. 20 attività di accoglienza, informazione e orientamento informativo N.16 counseling e bilancio di competenze – valutazione clinica sul modello ICF – dipendenze

Obiettivo Specifico 3	Individuazione utenti Ser.D per inclusione lavorativa /Elaborazione progetti individualizzati per inserimento lavorativo a valenza riabilitativa o di reinserimento sociale
Indicatore/i di risultato	N. 24 utenti Ser.D individuati N. 20 progetti individualizzati per inserimento lavorativo elaborati
Standard di risultato	N. 16 utenti Ser.D individuati N. 16 progetti individualizzati per inserimento lavorativo elaborati

Obiettivo Specifico 4	Sistema valutazione mediante report con analisi del progetto mediante indicatori in processo e di esito
Indicatore/i di risultato	Reportistica intermedia e finale
Standard di risultato	n. 4 incontri a cadenza trimestrale con i Servizi coinvolti per la programmazione, la gestione, le verifiche ex ante, intermedie e finali dell'intera progettualità. Al termine dell'esperienza stesura di un report sui risultati finali dell'esperienza.

Cronoprogramma di realizzazione

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

6. MANTENIMENTO STANDARD DI COPERTURA VACCINALE

ASL AL
Distretto: TUTTI I DISTRETTI
Sottolivello assistenziale: vaccinazioni pediatriche
Responsabile: Referente aziendale Vaccinazioni
Corresponsabili: Personale medico interessato
Denominazione del progetto di miglioramento: MANTENIMENTO STANDARD DI COPERTURA VACCINALE
Descrizione ed analisi del problema Un elevato tasso di copertura vaccinale costituisce un elemento cardine per garantire la prevenzione delle patologie per le quali sono disponibili i vaccini. In Italia si è assistito ad un progressivo calo delle coperture vaccinali, con il rischio di recrudescenza di diverse patologie infettive prevenibili da vaccino; la riduzione del livello di copertura vaccinale della popolazione ha determinato allarme nella comunità scientifica in considerazione dell'impatto sanitario derivante dalle malattie per le quali lo strumento vaccinale costituisce l'elemento cardine per garantirne la prevenzione ed evitare, pertanto, anche forme complicate con incremento dei costi in termine di salute della collettività ed economici. Il fenomeno della riduzione delle coperture vaccinali è da ricondursi ad una molteplicità di fattori, tra cui: 1) La mancata percezione del pericolo da parte della popolazione 2) La diffusione di informazioni errate sul Web 3) La critica all'industria farmaceutica 4) La sopravvalutazione dei rischi dei vaccini. **Descrizione del progetto e delle attività** Il progetto prevede il coinvolgimento dei servizi vaccinali dell'ASL AL e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) con l'intento di richiamare tutte le famiglie che non rispondono alla proposta vaccinale. Per dare più forza a questi obiettivi il progetto è stato inserito nell'Accordo aziendale con i pediatri di libera scelta sia per il 2015, che per il 2016. Il monitoraggio sui tassi di copertura vaccinale sarà effettuato su: ✓ la vaccinazione contro i virus del morbillo parotite rosolia ✓ la vaccinazione contro il virus HPV nelle ragazze pre-adolescenti per la prevenzione del cancro alla cervice uterina
Obiettivi *Obiettivo Generale:* Prevenzione delle patologie infettive prevenibili da vaccino (MPR, HPV) *Obiettivo Specifico 1:* Mantenimento livelli di copertura della vaccinazione contro morbillo, parotite, rosolia *Obiettivo Specifico 2:* Mantenimento livelli di copertura della vaccinazione contro l'HPV

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

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

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

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

Cronoprogramma di realizzazione

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

7. PERCORSO INTEGRATO DI CONTINUITÀ DI CURA OSPEDALE – TERRITORIO

ASL AL

Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza

Sottolivello assistenziale: Assistenza a domicilio

Responsabile: Direttore Distretto

Corresponsabili: Medici e Infermieri del Distretto

Denominazione del progetto di miglioramento:
PERCORSO INTEGRATO DI CONTINUITÀ DI CURA OSPEDALE – TERRITORIO

Descrizione ed analisi del problema

Le dinamiche demografiche ed i nuovi scenari epidemiologici caratterizzati da un incremento delle patologie croniche impongono una rimodulazione strutturale nel sistema assistenziale, compresa l'adozione di specifici criteri per la continuità delle cure e di strumenti per la piena realizzazione della rete territoriale con la definizione di un modello organizzativo che preveda al centro il paziente e che assicuri concretamente un'integrazione reale tra ospedale e territorio, in modo da fornire ai bisogni assistenziali risposte appropriate, sicure ed efficaci e, nello stesso tempo, razionalizzare l'uso di risorse, ridurre gli sprechi, eliminare le inefficienze.

Descrizione del progetto e delle attività

Al fine di rispondere ai nuovi bisogni di salute assume elemento fondamentale la riorganizzazione del processo assistenziale, attraverso la definizione di un modello organizzativo, con l'obiettivo di:
- ridurre i tempi di degenza ed i relativi costi per eventi morbosi a lenta e/o complessa evoluzione permettendo un utilizzo più congruo dei posti letto evitando ospedalizzazioni protratte;
- utilizzare al meglio le risorse esistenti all'interno del sistema ospedale-territorio e favorire un più congruo utilizzo dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- favorire la collaborazione e l'integrazione tra operatori ospedalieri e territoriali, mediante la costituzione di un team interaziendale che lavori per obiettivi comuni e condivisi;
- promuovere modalità di educazione alla salute nei pazienti e nei loro familiari incoraggiando un loro ruolo partecipativo anche nella erogazione dell'assistenza, migliorandone la qualità percepita.

Il modello organizzativo presuppone lo sviluppo e il consolidamento delle relazioni tra gli specialisti ospedalieri e quelli presenti sul territorio. L'ambito di confronto/rapporto tra ospedale e territorio interessa vari aspetti: modalità di accesso, relazioni durante il ricovero, modalità di dimissioni, condivisione dei percorsi di continuità assistenziale.

L'elemento centrale del processo è la "presa in carico" del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di cura, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure/assistenza dai vari soggetti erogatori, quali:
- il Medico di M.G. e il Pediatra di L.S. che, svolgendo un ruolo di tutela ed assistenza nei confronti dei propri pazienti, hanno la più ampia conoscenza del loro quadro sanitario e sociale;
- le strutture di ricovero ospedaliero sia per attività in acuzie che post-acuzie ed in particolare: i Presidi Ospedalieri di Alessandria, Casale M., Tortona, Novi L., Acqui T. e Ovada;
- le strutture che assicurano l'assistenza domiciliare;
- le strutture dell'assistenza socio-sanitaria territoriale.

Al fine di produrre una forte integrazione sinergica tra ospedale e territorio, come previsto da D.G.R. 27/3628 del 28.3.2012, è necessario istituire e attivare:
- il Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (N.O.C.C.) presso ogni P.O. aziendale, composto dal Dirigente Medico della Direzione Medica di Presìdio, dall'Assistente Sociale Ospedaliera in organico alla Direzione Medica (o, qualora questa non sia presente, dall'Assistente Sociale distaccata) e dal personale medico e infermieristico del reparto, che riferisce al Direttore Medico di Presidio;
- il Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (N.D.C.C.) presso ogni Distretto, composto dal Medico di Distretto, personale infermieristico e assistente sociale dell'area socio-assistenziale, integrato di volta in volta dal M.M.G. / P.L.S. dell'assistito e da personale dei servizi territoriali e/o specialistici, che riferisce al Direttore del Distretto.

Le attività dei Nuclei sono:
- indagine congiunta sociale e sanitaria finalizzata all'acquisizione di elementi relativi alle condizioni sanitarie e sociali del paziente;

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

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

Fase ospedaliera

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

A) Identificazione e "screening" del paziente a rischio

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

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

All'accesso del paziente in DEA/PS o in Reparto l'infermiere (entro la mattina successiva al ricovero):
1. valuta il paziente mediante la compilazione di una scheda per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile e in caso di indice di Brass superiore a 10:
2. attiva immediatamente, con il medico di reparto, il N.O.C.C., il quale compila la prima parte della scheda di segnalazione;
B) Segnalazione del caso
Consiste nella attivazione del percorso "continuità di cura" attraverso la segnalazione ai nuclei distrettuali di residenza dell'assistito.
L'assistente sociale del N.O.C.C., nel più breve tempo possibile, invia la scheda di segnalazione mediante comunicazione informatica o tramite fax o e-mail al Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (N.D.C.C.) di residenza.

Fase Territoriale

Il N.D.C.C. ha un compito cardine in tutto il percorso assistenziale in quanto costituisce il punto di raccordo fondamentale tra i reparti ospedalieri, i servizi territoriali, il cittadino ricoverato ed i suoi familiari.
C) Valutazione dei bisogni socio-sanitari e presa in carico del paziente da parte della rete dei servizi territoriali
1. Il N.D.C.C. nelle figure del il medico di Distretto e del case-manager delle cure domiciliari, ricevuta la segnalazione dal N.O.C.C. e raccolte le informazioni, provvede a:
- contattare il medico di Medicina Generale, figura di riferimento delle cure primarie;
- contattare, per situazioni sociali particolarmente complesse, l'assistente sociale, al fine di verificare le condizioni socio-ambientali ed il contesto relazionale di riferimento;
- compilare la seconda parte della scheda di segnalazione, contenente le notizie provenienti dal MMG, dal Servizio sociale e dai Servizi di Cure Domiciliari e a metterla a disposizione del reparto presso il quale è ricoverato il paziente.

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

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

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

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

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

A. in strutture dedicate alla riabilitazione o alla lungodegenza, preferibilmente individuate a livello aziendale, anche a seguito della riorganizzazione dei posti letto ospedalieri e con la creazione di strutture di cure intermedie, dedicate a pazienti stabili, ma non guariti e clinicamente complessi, che necessitano ancora di cure, controllo clinico, terapia 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);
B. al domicilio attraverso le cure domiciliari, in assenza di problematiche socio- assistenziali ed ambientali. In tal caso, definito il progetto riabilitativo, clinico ed assistenziale condiviso tra specialisti ospedalieri, medico di medicina generale e medico del distretto, il N.D.C.C. si attiva per verificare la disponibilità di una idonea rete famigliare di supporto, per attivare un'assistenza tutelare a domicilio, per provvedere alla fornitura di presidi ed ausilii, di materiale di uso sanitario e farmaci necessari all'assistenza domiciliare.
In particolare, al momento della dimissione lo specialista ospedaliero ed il medico di medicina generale concorderanno i tempi e le modalità di collaborazione e dovrà essere definita la massima possibilità di comunicazione diretta fra le due figure mediche.

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

Il referente territoriale (infermiere "case manager") del N.D.C.C.:
1. entro il giorno successivo all'approvazione del Direttore di Distretto:
- invia, tramite fax o e-mail, copia del Progetto Individuale di continuità assistenziale al Servizio di Cure Domiciliari o alla struttura sanitaria ed al MMG, indicando la data delle dimissioni;
- predispone e/o controlla la logistica per il trasporto del malato;
- informa i familiari dei possibili percorsi organizzativi per la dotazione necessaria di beni sanitari per la gestione assistenziale dopo la dimissione, con particolare riguardo:
- alla fornitura di protesi e ausili;
- alle persone di riferimento della ASL che "prenderanno in carico" l'assistito.
2. entro la data di dimissione:
- predispone l'accoglienza del paziente per la data/ora di dimissione stabilite;
- verifica la disponibilità delle risorse e programma le attività definite nel piano di dimissione;
- assicura le forniture necessarie (presidi/ausili) utili nelle prime 24 ore.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DATI DI PRODUZIONE E PRESA IN CARICO

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

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

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

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

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

Obiettivi del progetto

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

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

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

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

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

Durata del progetto

annuale

PIANO DI VALUTAZIONE

Obiettivo Generale	Incremento della presa in carico in strutture di Cure Intermedie a Valenza Sanitaria e in Cure Domiciliari dei pazienti in dimissione ospedaliera
Indicatore/i di risultato	I. % n° schede di Brass >10 / n° segnalazioni a NDCC II. tempo trascorso tra inizio ricovero e segnalazione del caso a NDCC III. tempo trascorso tra indicazione data di dimissione e presa in carico da NDCC IV. % n° casi segnalati a NDCC / n° casi presi in carico V. % n° dimissioni in cure domiciliari e in CAVS / n° scheda di Brass >10 VI. % n° casi con ri-ricovero in H su totale n° assistiti presi in carico in cure domiciliari VII. % n° casi con ri-ricovero in H / totale n° assistiti presi in carico in CAVS VIII. % n° familiari/care giver addestrati all'autogestione del caso / n° totale dei casi
Standard di processo	I. **100**% Brass >10 / n° segnalazioni a NDCC II. **90**% dei casi segnalati a NDCC entro i termini stabiliti (24 ore) III. **100**% dei casi segnalati presi in carico da NDCC entro i termini stabiliti (72 ore) IV. **90** % del n° casi presi in carico V. **90**% di dimissioni in cure domiciliari e in CAVS con scheda di Brass >10 VI. **10**% n° casi con ri-ricovero in H presi in carico in cure domiciliari VII. **10**% n° casi con ri-ricovero in H presi in carico in CAVS VIII. **80**% n° familiari/care giver addestrati all'autogestione del caso in cure domiciliari / n° totale dei casi dimessi in cure domiciliari

Obiettivo Specifico 1	Introduzione operativa del nuovo modello in tutti i Distretti e Presidi Ospedalieri
Indicatore/i di risultato	100% applicazione modello
Standard di risultato	100% applicazione modello

Obiettivo Specifico 2	Formazione di tutti gli operatori interessati all'utilizzo di criteri di individuazione delle priorità in previsione di accettazione dei pazienti in dimissione secondo i diversi luoghi di cura di destinazione (a partire dal MMG/PLS, alle cure domiciliari, alla riabilitazione, alle case di cura, ecc.) e secondo intensità delle cure previste
Indicatore/i di risultato	Numero 7 interventi formativi
Standard di risultato	Numero 5 interventi formativi

Obiettivo Specifico 3	Creazione di un sistema informatico/ivo per la gestione e la rilevazione di informazioni qualitative, di processo e di esito
Indicatore/i di risultato	% n° assistiti inseriti nel sistema informativo / n° totale degli assistiti presi in carico
Standard di risultato	100% dei casi segnalati e presi in carico deve essere tracciabile il percorso di dimissione

Cronoprogramma di realizzazione

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

8. RIORGANIZZAZIONE, RIQUALIFICAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

ASL AL

Distretti: Alessandria – Valenza / Acqui - Ovada / Casale M. / Novi L. - Tortona

Sottolivello assistenziale: Assistenza a domicilio

Responsabile: Direttore Distretto

Corresponsabili: Medici ed Infermieri del Distretto

Denominazione del progetto di miglioramento:
RIORGANIZZAZIONE, RIQUALIFICAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

Descrizione ed analisi del problema

Le dinamiche demografiche ed epidemiologiche evidenziano la tendenza all'invecchiamento della popolazione e l'incremento di patologie croniche invalidanti. Dall'analisi dei profili di salute rispetto ad alcune patologie croniche ad elevato impatto sanitario, infatti, emerge il notevole numero di pazienti in trattamento con farmaci antidiabetici, con farmaci ipertensivi, ultrasessantacinquenni affetti da scompenso cardiaco, ultrasessantacinquenni affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO); dato inoltre rilevante è rappresentato dal numero di ultrasessantacinquenni affetti da almeno 3 patologie croniche.

Nel 2014 i casi di anziani trattati in modo multi professionale sono n. 4.426, pari al 3,7% della popolazione anziana (=>65 anni). L'obiettivo regionale di attività era fissato al 4% dall'Addendum al Piano di rientro e dall'Azione 14.4.3 dei P.O.2013-2015.

L'analisi dei dati relativi al coefficiente di intensità assistenziale evidenzia che il volume complessivo d'attività di n. 14.003 casi trattati ed è costituito per il 55% (n. 7.706) dalle cosiddette "cure domiciliari prestazionali" (occasionali o cicliche o programmate) e dal 18,3% (n. 2.554) da cure domiciliari integrate di primo livello, a bassa intensità assistenziale. Pertanto, solo il 26,7% (n. 3.743) rientra tra le domiciliari integrate a media ed alta intensità assistenziale.

Il dato riguardante i casi con basso coefficiente di intensità assistenziale sproporzionato rispetto agli altri coefficienti indica un impegno del servizio e degli operatori principalmente in cure domiciliari di livello zero e primo e fa supporre:

1) la mancata presa in carico a livello distrettuale dei profili di cura più complessi;
2) la presenza elevata di cure domiciliari di tipo prestazionale, rispetto a forme complesse e avanzate di cura.

È, quindi, fondamentale considerare che per assistere a casa malati a complessità assistenziale elevata, affetti da pluri-patologie cronico-degenerative, in molti casi ad evoluzione irreversibile, è **necessaria l'introduzione di modelli assistenziali nuovi**, che contemplino **interventi flessibili e mutabili** nel tempo, **a differente intensità di cura** e tali da richiedere di **un'assistenza, estesa nelle 24 ore,** da parte di una **équipe integrata anche da professionalità specialistiche**.

Descrizione del progetto e delle attività

Il progetto prevede attività mirate a:

- l'**identificazione precoce dei malati**, con un modello si **sorveglianza proattiva**, attraverso strumenti nuovi come la predisposizione di registri di malati che "si avviano alla fine della vita" o come la definizione preliminare di elementi (connessi ai quadri patologici, all'autonomia fisica e cognitiva, al supporto familiare) che consentano di identificare precocemente malati con bisogni assistenziali potenzialmente complessi e, quindi, attivare forme di controllo adeguate;
- garantire **continuità di cura ospedale - territorio**, ripensando al rapporto con l'ospedale, superando rigidità organizzative con la pianificazione della dimissione ospedaliera (da considerare come un

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

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

CASISTICA DELLE SITUAZIONI COMPLESSE ASSISTIBILI AL DOMICILIO	
1. Persone fragili in condizione di disabilità, comorbilità, polipatologia, che si trovano nella fase postacuta a seguito di:	- fratture di femore, protesi d'anca, di ginocchio, politrauma - amputazione di arto - insufficienze d'organo - scompenso metabolico - complicanze settiche di ferite chirurgiche - quadri settici complicati - laringectomia - tracheostomia
2. Persone affette da patologie neurologiche:	- malattie cerebrovascolari, esiti di ictus cerebri - patologie neurologiche progressive o evolutive del SNC- SNP: neurodegenerative specifiche (morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson; atrofia multi-sistemica (MSA); sclerosi multipla (SM), corea di Huntington - malattie del motoneurone - stati vegetativi, di minima coscienza
3. Persone in fase avanzata di malattia per le quali sono indicate le cure palliative con intensità differenziata (cure di supporto, di fine vita):	- malati oncologici - malati non oncologici: - scompenso cardiaco cronico - insufficienza respiratoria cronica con particolare riferimento a pazienti che necessitano di assistenza alla ventilazione e /o di terapia continuativa - evoluzione di malattie neurologiche complesse - evoluzione di demenze, di Parkinson/parkinsonismi e di malattie cerebrovascolari - insufficienza epatica o renale in fase avanzata - insufficienza multi-organo e stati poli-patologici - esiti sfavorevoli di trapianto d'organo - disabilità gravi in esiti ed evoluzione di patologie genetiche malformative, degenerative dell'età neonatale, infantile, giovanile

Segnalazione/Proposta di ammissione

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

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

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

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

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

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

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

Valutazione del caso e Piano Assistenziale Individuale (PAI)

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

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

La valutazione viene effettuata da un team composto da:

- il medico di MG/pediatra LS dell'assistito;

- il medico, il coordinatore infermieristico e un infermiere dell'U.O. di Cure Domiciliari del Distretto;

- l'assistente sociale individuato dall'ente gestore delle funzioni socio-assistenziali;

- altre figure specialistiche collegate alla valutazione del singolo caso.

L'UVM svolge i seguenti compiti:

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

All'interno del team sono individuati:

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

La gestione del Progetto Assistenziale Individuale (PAI)

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

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

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

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

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

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

Accertamenti diagnostici e consulenze specialistiche

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

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

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

La fase di rivalutazione/monitoraggio

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

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

La dimissione

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

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

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

di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del progetto assistenziale individuale;

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

oltre alle dimissioni per decesso della persona assistita.

La qualità del servizio

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

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

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

La formazione e l'aggiornamento del personale

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

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

- ai responsabili dei Distretti e delle Direzioni Mediche dei P.O per lo sviluppo di competenze nell'ambito dell'organizzazione e gestione integrata dei servizi;

- ai medici MG/pediatri LS, ai medici e agli infermieri dei Distretti, ai medici e agli infermieri dei Reparti dei P.O. per lo sviluppo di competenze nell'ambito delle funzioni di valutazione integrata, presa in carico degli utenti e verifica dei progetti personalizzati;

- alle figure professionali sociali per lo sviluppo di competenze nell'ambito del lavoro di assistenza e tutela a domicilio.

Obiettivi

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

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

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

Durata del progetto

annuale

PIANO DI VALUTAZIONE

Obiettivo Generale	Introduzione di un modello organizzativo per l'assistenza dei pazienti mediante cure domiciliari
Indicatore/i di risultato	I. **%** malati assistiti >= 65 anni / residenti >= 65 anni II. **%** - malati assistiti >= 75 anni / residenti >= 75 anni III. **%** malati deceduti per anno a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla rete di Cure palliative a domicilio / malati deceduti per malattia oncologica per anno IV. n° giornate / anno di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) V. **%** di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3 gg / numero malati curati a domicilio con assistenza conclusa
Standard di risultato	I. **4%** malati assistiti >= 65 anni / residenti >= 65 anni presi in carico in cure domiciliari II. **7%** malati assistiti >= 75 anni / residenti >= 75 anni presi in carico in cure domiciliari III. **45%** malati deceduti per anno a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio / malati deceduti per malattia oncologica per anno IV. **2.475** giornate / anno di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) V. **80%** di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3 gg / numero malati curati a domicilio con assistenza conclusa

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

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

Cronoprogramma di realizzazione

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

9. PROGETTO SANITARIO DI INIZIATIVA "INFERMIERE DI FAMIGLIA"

ASL AL
Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
Sottolivello assistenziale: 20801
Responsabile: Direttore Distretto
Corresponsabili: Coordinatori Infermieristici Territoriali
Denominazione del progetto di miglioramento: PROGETTO SANITARIO DI INIZIATIVA "INFERMIERE DI FAMIGLIA"
Descrizione ed analisi del problema La ricerca dell'equilibrio tra performance clinica e vincoli economici è un imperativo che induce gli operatori della sanità a una continua valutazione dei diversi modelli assistenziali al fine di individuare, pur nel perseguimento della massima qualità dell'assistenza, delle soluzioni economicamente più sostenibili. Inoltre, negli ultimi anni si è assistito a un importante cambiamento dei bisogni assistenziali della popolazione. In particolare, l'aumento della frequenza di patologie croniche quali ad esempio le patologie neurologiche, cardiovascolari, tumorali, ecc., ha condotto ad una progressiva necessità di assistere il paziente dopo la dimissione dell'ospedale e a un prolungamento del bisogno di assistenza, anche quando le cure non sono più possibili. **Descrizione del progetto e delle attività** Sulla base delle valutazioni sopra esposte, si intende adottare un modello assistenziale di cui si riportano i punti salienti: 1) attuazione di un modello di assistenza proattiva, che sia capace di andare incontro al cittadino, raccogliendo la sua domanda di salute (manifesta) anche quando è inespressa (latente) e prima che evolva in un aggravamento o una complicanza. 2) presa in carico dei cittadini portatori di patologie croniche. 3) attuazione di stretta sinergia tra Medico di Medicina Generale e Infermiere di Famiglia, al fine di condividere la conoscenza dei pazienti e monitorarne le specifiche necessità di salute. 4) organizzazione di counseling infermieristici individuali o di gruppo, educando i pazienti all'autocura, attraverso una maggiore conoscenza della propria malattia e della sua gestione. 5) elaborazione di strategie di assistenza complesse, programmando nel tempo visite mediche, esami diagnostici, controlli da effettuare rispetto alle terapie somministrate. 6) identificazione delle aree di miglioramento e di prevenzione, attraverso l'adozione e la promozione di corretti stili di vita (abitudini alimentari, attività fisica…). 7) co – progettazione con le famiglie dei piani di assistenza individualizzati, fornendo consulenza per l'assistenza e per le migliorie strutturali abitative. 8) individuazione di strategie di sollievo per gestire situazioni a rischio, causate da scompenso emotivo e da stanchezza, attivando risorse territoriali (servizi socio – assistenziali, associazioni del territorio, reti amicali e vicinali…). 9) verificare la qualità delle azioni intraprese attraverso la raccolta sistematica dei dati, in base ad indicatori condivisi.
Obiettivi *Obiettivo Generale:* Adottare un modello assistenziale proattivo che assicuri le migliori performance organizzative e la sostenibilità economica presso il territorio di riferimento *Obiettivo Specifico 1:* Adozione del modello assistenziale proattivo nell'ambito distrettuale di Casale Monferrato *Obiettivo Specifico 2:* Adozione del modello assistenziale proattivo nell'ambito distrettuale di Novi Ligure – Tortona *Obiettivo Specifico 3:* Adozione del modello assistenziale proattivo sull'intero ambito provinciale

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Adottare un modello assistenziale proattivo che assicuri le migliori performance organizzative e la sostenibilità economica
Indicatore/i di risultato	1. Incremento % dei pazienti con patologie croniche presi in carico con modello assistenziale proattivo 2. Riduzione % accessi al Pronto Soccorso 3. Riduzione % giornate di ricovero inappropriate
Standard di risultato	1. >= 10 % di incremento dei pazienti con patologie croniche presi in carico con modello assistenziale proattivo 2. >= 10 % di riduzione accessi al Pronto Soccorso 3. >= 10 % di riduzione giornate di ricovero inappropriate

Obiettivo Specifico 1	Adozione del modello assistenziale proattivo nell'ambito distrettuale di Casale Monferrato
Indicatore/i di risultato	Periodo temporale entro cui adottare modello assistenziale proattivo
Standard di risultato	31 marzo 2016 adozione modello assistenziale proattivo

Obiettivo Specifico 2	Adozione del modello assistenziale proattivo nell'ambito distrettuale di Novi Ligure – Tortona
Indicatore/i di risultato	Periodo temporale entro cui adottare modello assistenziale proattivo
Standard di risultato	31 giugno 2016 adozione modello assistenziale proattivo

Obiettivo Specifico 3	Adozione del modello assistenziale proattivo sull'intero ambito provinciale
Indicatore/i di risultato	Periodo temporale entro cui adottare modello assistenziale proattivo
Standard di risultato	31 settembre 2016 adozione modello assistenziale proattivo

Cronoprogramma di realizzazione

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

10. RETE DI AMBULATORI INFERMIERISTICI DI VULNOLOGIA

ASL AL
Distretto: Acqui – Ovada, Novi – Tortona, Casale, Alessandria – Valenza
Sottolivello assistenziale: 20801
Responsabile: Direttore Distretto
Corresponsabili: Coordinatori Infermieristici Territoriali
Denominazione del progetto di miglioramento: RETE DEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI DI VULNOLOGIA
Descrizione ed analisi del problema Le lesioni croniche e acute, la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione rappresentano, in ambito ospedaliero e domiciliare un rilevante problema di assistenza sanitaria, che richiede un notevole impegno di gestione in termini di risorse umane, materiali e tecnologiche. Tale problema è destinato ad aumentare parallelamente con l'aumentare dell'età della popolazione, sempre più frequentemente portatrice di patologie croniche e invalidanti. **Descrizione del progetto e delle attività** Per offrire una assistenza ottimale a questa tipologia di pazienti, che comprenda anche l'aspetto della prevenzione ed educazione alla salute, è intenzione attivare una rete di ambulatori infermieristici di Wound Care (cura delle ferite) in tutto il territorio dell'ASL, gestito da personale infermieristico che, nel rispetto delle proprie e altrui competenze, applicando i protocolli aziendali e le linee guida più recenti, collaborerà con i referenti e/o i responsabili degli ambulatori specialistici, con gli specialisti del territorio, i MMG e i colleghi delle altre strutture. Questa rete ambulatoriale è un'opportunità che l'ASL offre ai cittadini portatori di lesioni cutanee che necessitano della consulenza e assistenza di un infermiere esperto in cura delle ferite. Ciò avviene attraverso la presa in carico della persona/utente, la valutazione dei bisogni assistenziali dei singoli, l'uso di metodologie di lavoro, la conoscenza dei nuovi materiali di medicazione e dei presidi, l'utilizzo di strumenti di pianificazione per obiettivi e di strumenti informativi aggiornati (cartella infermieristica, schede di valutazione…). Costituiscono obiettivi prioritari del progetto: - il miglioramento dell'accessibilità e della fruibilità dei cittadini ai servizi sanitari al fine di ricevere prestazioni di assistenza primaria focalizzata, soprattutto, al trattamento delle lesioni cutanee croniche e complesse; - la creazione un "anello" che assicuri il collegamento tra servizi, ospedale, territorio, in un'ottica di collaborazione multidisciplinare con MMG, AD, specialità ambulatoriali per una ottimale continuità assistenziale; - la garanzia delle risposte appropriate e di qualità, efficaci ed efficienti, ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione; - la promozione di attività di prevenzione (primaria e secondaria) attraverso una buona educazione alla salute (momenti di educazione alla cura della propria persona, counselling, gestione delle cronicità, cura/prevenzione del "piede diabetico", etc.); - lo sviluppo, di conseguenza, nelle persone (nell'ambito delle proprie funzioni) dei processi di auto-cura (self-care) al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole nelle scelte di natura assistenziale (empowerment del paziente); Il servizio è rivolto a pazienti esterni o interni (ricoverati in P.O. o ospiti delle Case di Riposo o altre strutture), che necessitano di una presa in carico per: □ gestione di ulcere varicose degli arti inferiori; □ controllo ferite chirurgiche; □ controllo di esiti di interventi di safenectomia; □ gestione/controllo specialistico di postumi di ferite traumatiche; □ consulenza, prevenzione, trattamento delle LdP (lesioni da pressione); □ counselling ed educazione sanitaria nel post-operatorio (follow-up); □ gestione e organizzazione per la continuità assistenziale ospedale-territorio per il trattamento delle lesioni. La verifica dei risultati attesi verrà fatta utilizzando i seguenti indicatori: □ riduzione liste d'attesa per i controlli e le medicazioni ripetute; □ presa in carico del paziente da parte degli operatori;

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

Obiettivi

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

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

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

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

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

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Realizzazione degli ambulatori infermieristici di vulnologia nel territorio dell'ASL AL, finalizzati al miglioramento delle performance del sistema assistenziale per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione presso l'intero ambito territoriale dell'ASL AL
Indicatore/i di risultato	Copertura del fabbisogno espresso (richieste pervenute) della popolazione di tutta l'ASL
Standard di risultato	Gestione 90 % richieste pervenute

Obiettivo Specifico 1	Presentazione del progetto al personale medico ed infermieristico di Ospedale e Territorio per l'illustrazione del percorso
Indicatore/i di risultato	Presentazione progetto
Standard di risultato	Effettuazione di almeno un incontro per la presentazione del progetto in ogni ambito territoriale dell'ASLAL

Obiettivo Specifico 2	Attivazione dell'Ambulatorio Vulnologico presso i territori di Casale e di Alessandria / Valenza
Indicatore/i di risultato	Attivazione Ambulatorio negli ambiti territoriali di Casale e Alessandria / Valenza
Standard di risultato	Ambulatorio attivato secondo il cronoprogramma di attività

Obiettivo Specifico 3	Attivazione dell'Ambulatorio Vulnologico presso i territori di Acqui / Ovada e Novi / Tortona
Indicatore/i di risultato	Attivazione Ambulatorio negli ambiti territoriali di Acqui / Ovada e Novi / Tortona
Standard di risultato	Ambulatorio attivato secondo il cronoprogramma di attività

Obiettivo Specifico 4	Miglioramento delle performance del sistema assistenziale per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione nell'intero ambito territoriale dell'ASL AL
Indicatore/i di risultato	Verifica tempi liste d'attesa per controlli e medicazioni Verifica N pazienti presi in carico Compliance terapeutica del paziente e dei care giver Complicanze e ricoveri ripetuti nei casi presi in carico Verifica spesa di materiali e ausili
Standard di risultato	Riduzione tempi di attesa controlli e medicazioni ripetute 90 % pazienti presi in carico rispetto al fabbisogno espresso (richieste pervenute) Migliore compliance terapeutica del paziente e dei care giver Riduzione del 10% delle complicanze e riduzione del 10% dei ricoveri ripetuti nei casi presi in carico Razionalizzazione della spesa di materiali e ausili

Cronoprogramma di realizzazione

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

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

ASL AL

Distretto: ACQUI-OVADA (studio pilota), estendibile ai rimanenti Distretti ASL AL

Sottolivello assistenziale: Assistenza domiciliare, cure primarie

Responsabile: Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore del Distretto

Corresponsabili: Medici di Medicina Generale, Infermieri di Famiglia

Denominazione del progetto di miglioramento: PRESA IN CARICO DEL CITTADINO FRAGILE CON PATOLOGIE CRONICHE IN POLI TERAPIA AL FINE DEL MIGLIORAMENTO DELL'ADERENZA TERAPEUTICA E DEL BILANCIO DI SALUTE

Descrizione ed analisi del problema

Le dinamiche demografiche, caratterizzate dal progressivo invecchiamento della popolazione, ed il contesto sanitario, che mostra un incremento delle patologie croniche costituiscono gli elementi che inducono a definire modelli di organizzazione assistenziale di presa in carico dei soggetti fragili.

Descrizione del progetto e delle attività

In linea con quanto sopra esposto, ed alla luce delle indicazioni della DGR - Regione Piemonte n. 12-2012 del 5 agosto 2015, relativa agli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi attribuiti ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, il gruppo di lavoro Ospedale-Territorio dell'ASL AL ha elaborato un piano di azione articolato su tre progetti principali, volti all'adeguamento della rete ospedaliera e alla riqualificazione territoriale con il fine ultimo di implementare la presa in carico e l'accoglienza del *cittadino fragile.*

Il Progetto si propone di implementare:

- Un approccio che orienti l'attenzione verso le modalità assistenziali di *medicina di iniziativa* e *di prossimità* offrendo le cure più appropriate al cittadino in un'ottica *di azione preventiva* e non *di attesa*;
- L'*empowerment* del cittadino attraverso la promozione di corretti stili di vita;
- La completa applicazione del concetto di multi-professionalità, inteso come collaborazione tra professionisti sanitari in particolare Medici di Medicina Generale (MMG), Medici Specialisti e Infermieri di famiglia.

Il Distretto di Ovada, considerate le caratteristiche epidemiologiche, sarà coinvolto nello studio della durata prevista di circa un anno (dicembre 2015-dicembre 2016). Farà seguito l'estensione del Progetto a tutti i Distretti dell'ASL AL.

Al fine di raggiungere gli obiettivi riportati sopra, il Progetto sarà articolato su tre cardini:

- Organizzazione e attivazione di un **"Centro di Accoglienza delle Fragilità"**, strutturato in modo multi-disciplinare (Medico di Medicina Generale, Medico Ospedaliero e Territoriale, Psicologo, Assistente Sociale, Fisioterapista, Infermiere, Infermiere di Famiglia e personale di supporto) per la presa in carico dei destinatari del Progetto e delle loro famiglie;
- **Azione di prioritarizzazione per un corretto uso dei farmaci**, con l'obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica in pazienti con policronicità e in politerapia farmacologica. A tal fine saranno attivati specifici programmi volti al miglioramento degli stili di vita e alla riduzione programmata e condivisa con il paziente delle terapie in atto (studio osservazionale *Primavengoio,* approvato dal Comitato Etico Interaziendale in data 15/10/2015);
- **Attivazione di quattro posti letto di osservazione breve territoriale (O.B.T.)** gestiti dai MMG con vigilanza infermieristica, ubicati nel Presidio Ospedaliero, da utilizzarsi nei casi prestabiliti dal Progetto e per un periodo massimo di osservazione di 24 ore.

Il Piano di azione prevede l'utilizzo degli indicatori di seguito riportati:

1) Indicatori Centro Accoglienza Fragilità – O.B.T.

Gli indicatori di esito saranno suddivisi nelle seguenti categorie:

A. Indicatori di Salute/Malattia

Patient reported outcomes:

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

B. Indicatori di Aderenza Terapeutica

Indice di Morisky:

- N pazienti aderenti a t.0 / N pazienti aderenti a t.1-t.2
- N pazienti per letto / 365 gg.
- N giornate utilizzo letto / 365 gg.

2) Indicatori PRIMAVENGOIO

Gli indicatori di esito saranno suddivisi nelle seguenti categorie:

A. Indicatori di Aderenza Terapeutica

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

B. Indicatori di Salute/Malattia

Patient reported outcomes:

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

C. **Indicatori di Utilizzo**

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

Obiettivi

Obiettivo Generale: Incremento della presa in carico e dell'accoglienza del cittadino fragile
Obiettivo Specifico 1: Organizzazione e attivazione del "Centro di Accoglienza delle Fragilità"
Obiettivo Specifico 2: Azione di prioritarizzazione per un corretto uso dei farmaci, con l'obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica in pazienti con policronicità e in politerapia farmacologica
Obiettivo Specifico 3: Attivazione di quattro posti letto di osservazione breve territoriale (O.B.T.)

Durata del progetto
(Durata in mesi del progetto)

Piano di valutazione

Obiettivo Generale	Incremento della presa in carico e dell'accoglienza del cittadino fragile
Indicatore/i di risultato	1. Incremento % dei pazienti con patologie croniche presi in carico con modello assistenziale 2. Riduzione % accessi al Pronto Soccorso 3. Riduzione % giornate di ricovero inappropriate
Standard di risultato	1. 20 % incremento pazienti con patologie croniche presi in carico con modello assistenziale proattivo * 2. 10 % riduzione accessi al Pronto Soccorso * 3. 10 % riduzione giornate di ricovero inappropriate *

*Considerato il progetto innovativo nelle sue caratteristiche ed in mancanza di dati in letteratura, gli standard saranno rivalutati sulla base dei risultati ottenuti

Obiettivo Specifico 1	Organizzazione e attivazione del "Centro di Accoglienza delle Fragilità"
Indicatore/i di risultato	Attivazione Centro Verifica Indicatori di esito
Standard di risultato	100% Centro attivato entro il 01.03.2016 80 % soddisfacimento indicatori di esito

Obiettivo Specifico 2	Azione di prioritarizzazione per un corretto uso dei farmaci, con l'obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica in pazienti con policronicità e in politerapia farmacologica
Indicatore/i di risultato	Attivazione *PRIMAVENGOIO* Verifica Indicatori di esito
Standard di risultato	*100% PRIMAVENGOIO* attivato entro il 01.03.2016 80 % soddisfacimento indicatori di esito

Obiettivo Specifico 3	Attivazione di quattro posti letto di osservazione breve territoriale (O.B.T.)
Indicatore/i di risultato	Attivazione O.B.T. Verifica Indicatori di esito
Standard di risultato	100% attivazione O.B.T. entro il 01.03.2016 80 % soddisfacimento indicatori di esito

Cronoprogramma di realizzazione

	Tempistica attività (Trimestri a partire dal 4° trimestre 2015)							
	1	2	3	4	5	6		
Attività 1: • Presentazione progetto all'Equipe Territoriale MMG Ovada • Diffusione progetto alla comunità locale								
Attività 2: Inizio attività Centro Accoglienza Fragilità, PRIMAVENGOIO, O.B.T								
Attività 3: Arruolamento attivo/passivo pazienti cronici								
Attività 4: Verifica indicatori di processo e di esito								
Attività 5: Riunioni periodiche con personale coinvolto per divulgazione dati								

Deliberazione del Direttore Generale
n. **2015/891**

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)