

## SCHEDA-TIPO DA COMPILARE PER LE PROGETTUALITA' ASL

Avvio/Sviluppo/potenziamento forme organizzative dell'Assistenza Primaria

SCHEDA PROGETTO - ASL VCO DISTRETTO VCO		
Titoli	Sottotitoli	Descrizione contenuti
<b>Casa della Salute di Verbania</b>		Definizione dell'intervento progettato, tenendo conto di quanto previsto dal presente provvedimento (Casa della Salute) <b>Realizzazione di una Casa della Salute sul modello funzionale che abbia le caratteristiche di accessibilità e presa in carico delle problematiche socio-sanitarie della popolazione di riferimento con particolare riguardo alle situazioni di fragilità riguardanti anziani, adulti disabili, minori. La Casa della Salute si propone altresì di avviare i percorsi di presa in carico per i soggetti con disagio psichico e con dipendenze. Si intende anche sviluppare appositi programmi di educazione alla salute e monitoraggio delle patologie croniche attraverso la medicina di iniziativa.</b>
Referente Progetto		Struttura responsabile, tenendo conto di quanto previsto dalla D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015, Allegato A, punti 1 e 2 <b>Distretto – S.C. Gestione Attività Territoriali (GAT)</b>
	Strutture/servizi coinvolti	<b>Distretto, NPI, DSM, SERD, MMG, PLS, MCA, GAT, Cure Domiciliari, Consultorio, CISS, Ass. Volontariato</b>
INPUT	Tipologia	<b>Modello funzionale</b> I MMG e i PLS organizzati in <b>Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)</b> svolgono la loro attività nei propri studi capillarmente diffusi nell'ambito territoriale con un coordinamento degli orari di apertura per garantire la presenza di studi aperti dalle ore 8.00 alle ore 20.00 cinque giorni su sette e la messa in rete degli ambulatori per la condivisione delle informazioni cliniche. La sede del Distretto in via S.ANNA dove sono già esistenti i servizi distrettuali (consultorio, servizio infermieristico, Enti gestori, Dipartimento di prevenzione) E' il luogo dove può essere effettuata la presa in carico ed il monitoraggio delle patologie croniche e della complessità clinica sul modello del Chronic Care Model. I MMG e PLS effettuano la valutazione e stratificazione del livello di complessità dei pazienti avviandoli alla struttura distrettuale per gli interventi appropriati di seguito illustrati.
	Bisogni di salute	Bisogni prevalenti rilevati sul territorio riguardo alla popolazione di riferimento. In particolare: - Area della cronicità di lunga durata e/o stabilizzata <ul style="list-style-type: none"> <li>o <b>Malattie metaboliche</b></li> <li>o <b>BPCO</b></li> <li>o <b>Scompenso cardiaco</b></li> <li>o <b>Ipertensione</b></li> <li>o <b>Insufficienza Renale Cronica</b></li> <li>o <b>Autismo</b></li> <li>o <b>Assistenza psicologica cure primarie</b></li> </ul>
	Assistenza Fasce d'età	Tutta la popolazione > 0 anni
	Domanda – Accesso	Dati di accesso e fruibilità dei servizi (specificare i giorni e gli orari di accesso) <b>La Casa della salute di tipo funzionale risulta accessibile da parte dell'utenza sette giorni su sette con una differenziazione riguardo ai servizi offerti nei giorni della settimana e nelle fasce orarie.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>L'assistenza primaria è garantita h 24 attraverso l'integrazione degli studi medici con i MCA l'accessibilità agli ambulatori è fino alle ore 20 poi il servizio di CA effettua visite non differibili a domicilio.</b></li> <li>• <b>Le cure domiciliari vengono effettuate per 12 ore dalle 8.00 alle 20.00 per cinque giorni e dalle 8.00 alle 15.30 sabato domenica e festivi</b></li> <li>• <b>Il consultorio per cinque giorni dalle ore 8.30 alle ore 16.30</b></li> <li>• <b>I servizi sociali cinque giorni dalle 9.00 alle 16.00</b></li> <li>• <b>Giorni specifici vengono dedicati per i percorsi inerenti l'area della NPI, del DSM, del SERD, della Psicologia ecc</b></li> </ul> <p><u>Domanda:</u> domanda di servizi e di prestazioni . Indicare il bacino d'utenza della forma organizzativa <b>50.000 residenti</b> <u>Accesso.</u> è il momento dell'ingresso nella rete dei servizi da parte dei cittadini; l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari rappresenta una declinazione dei principi di equità e di universalità delle persone. Le modalità di accesso devono avere determinate caratteristiche, ed in particolare devono essere: - unificate, per facilitare l'accoglienza delle persone, in particolare i soggetti non</p>

			<p>autosufficienti o fragili;</p> <p>- integrate, ossia garantire percorsi sanitari e sociosanitari coordinati tra professionisti e servizi: ospedalieri, distrettuali e sociali.</p> <p>Indicare la modalità di raccordo con il servizio di continuità assistenziale (ex G.M.)</p> <p><b>L'accesso alla Casa della Salute avviene con modalità differenziate :</b></p> <p><b>Negli ambulatori dei MMG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>accesso diretto da parte dell'utenza che necessita di manifestare un bisogno di salute e/o sociale la valutazione conseguente determinerà la presa in carico da parte dei servizi di competenza</b></li> <li>• <b>accesso programmato conseguente alla attivazione della medicina di iniziativa sulla presa in carico e monitoraggio delle patologie croniche a più alta frequenza e impatto</b></li> </ul> <p><b>Negli ambulatori distrettuali dedicati</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>accesso programmato secondo i PDTA degli utenti selezionati e arruolati alla presa in carico da parte del MMG</b></li> </ul>
<b>VARIABILI INTERNE</b>	Struttura di base	Funzioni e responsabilità	<p>Indicare le modalità di governo/coordinamento e gestione</p> <p><b>La Casa della Salute rappresenta una articolazione del Distretto, nella quale operano in maniera coordinata professionalità differenti che integrano i propri interventi sul singolo, sulla famiglia e/o sulla popolazione target nell'ambito della programmazione definita dal PAT. La governance viene garantita da un gruppo costituito dal referente dell'aggregazione MMG/MCA dal coordinatore infermieristico, assistente sociale in relazione con il responsabile S.C. GAT e il Direttore di Distretto.</b></p>
		Risorse economiche/costi	<p>Indicare i costi previsti per il progetto, distinti fra: costi già attualmente sostenuti e costi per avvio/potenziamento/sviluppo della forma organizzativa.</p> <p>Distinguere i costi previsti in: costi per personale dipendente SSR e costi per personale convenzionato (questi ultimi distinti per MMG-PDLS-Specialisti amb.-MCA), costi di gestione ordinaria, costi strutturali, costi per dotazione di strumenti e tecnologie e costi per informatizzazione.</p> <p><b>Costi sostenuti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Non sono presenti costi attualmente sostenuti</b></li> </ul> <p><b>Costi avvio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>N° 2 infermieri per la gestione PDTA € 80.000,00</b></li> <li>• <b>Adeguamento ambulatorio patologie croniche € 15.000,00</b></li> </ul> <p><b>Costi per dotazione di strumenti tecnologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>spirometro € 3.000,00</b></li> <li>• <b>minilab € 6.000,00</b></li> <li>• <b>arredi € 5.000,00</b></li> </ul> <p><b>Informatizzazione</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>sviluppo programma gestionale di monitoraggio patologie croniche da definire</b></li> </ul>
		Struttura	<p>Ove esistente, caratteristiche della sede e dei locali. Specificare l'ente/i proprietario/i della struttura e se trattasi di struttura in affitto, comodato d'uso o altro.</p> <p><b>Struttura esistente: proprietà ASL sede del Distretto</b></p>
		Personale	<p>Per figure professionali: indicare il numero di ciascuna figura prof.le coinvolta ed il volume di ore settimanali impegnate nella CS</p> <p><b>MMG: n° 31 la totalità dei MMG dell'ambito di Verbania aggregati in due AFT</b></p> <p><b>MCA: n° 8 per un impegno di 216 ore settimanali</b></p> <p><b>PLS n° 5</b></p> <p><b>Infermiere: 2 per 15 ore settimanali</b></p> <p><b>Assistenti Sociali: 3 per 30 ore settimanali</b></p> <p><b>Ostetriche: 2 per 80 ore settimanali</b></p> <p><b>Psicologi: 2 per 12 ore settimanali</b></p> <p><b>Psichiatra 1/2 per 12 ore settimanali</b></p> <p><b>Consulenti specialisti in relazione ai PDTA</b></p>
		Attrezzature	<p>Per tipologia</p> <p><b>ECG portatile con possibilità di teletrasmissione tracciati e telerefertazione in collegamento con Cardiologia</b></p> <p><b>Spirometro per monitoraggio BPCO</b></p> <p><b>Minilab per esecuzione di diagnostica di laboratorio di base</b></p> <p><b>Arredi per 1 ambulatorio di presa in carico patologie croniche</b></p>
	Processi assistenziali	Prevenzione/Promozione della salute	<p><b>Prevenzione/educazione salute patologie croniche in particolare: diabete, BPCO, malattie metaboliche e correlato rischio cardiovascolare con ambulatori dedicati gestiti dal Group Care con infermiere con formazione specifica.</b></p> <p><b>Empowerment del paziente che va istruito nel saper gestire la propria patologia, acquisendo consapevolezza del proprio stato di salute, capacità di controllo e aderenza alla terapia.</b></p> <p><b>Attuazione progetto di Infermieristica di Famiglia e di Comunità con l'adesione al Progetto Consenso in nell'Alto Vergante e in Val Cannobina</b></p> <p><b>Prevenzione della non autosufficienza attraverso interventi mirati su persone &gt; di 65 anni definite vulnerabili con il progetto "La cura è di casa"</b></p>

	Percorsi: Patologia/e ...	Attività di medicina di iniziativa, per tipologia di percorsi <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Scompenso cardiaco</b></li> <li>● <b>BPCO</b></li> <li>● <b>Ipertensione</b></li> <li>● <b>Malattie metaboliche</b></li> <li>● <b>IRC</b></li> <li>● <b>Terapia anticoagulante orale</b></li> <li>● <b>Prevenzione non autosufficienza per &gt; 65 anni vulnerabili</b></li> </ul>
	Informazioni-comunicazioni al paziente	Relazioni tra struttura organizzativa e popolazione servita <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Sito WEB dedicato con informazione sui percorsi assistenziali attivati</b></li> <li>● <b>Informazione sui media (emittenti locali e stampa)</b></li> <li>● <b>Incontri con gruppi di stakeholders (associazioni, volontariato, sindacati, amministratori)</b></li> </ul>
Processi organizzativi e di supporto	Sistema Informativo	Presenza/qualità delle basi informative ed informatizzate essenziali per lo sviluppo di: pratiche di valutazione e per la condivisione delle cartelle cliniche fra tutti i soggetti coinvolti nelle cure e nell'assistenza erogata <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Gestionali dei MMG per la stratificazione del livello di rischio e l'arruolamento dei pazienti nei percorsi</b></li> <li>● <b>Sistemi informativi aziendali/regionali per il monitoraggio del consumo di risorse (ricoveri ospedalieri, prestazioni di specialistica, accessi DEA/PS, consumo farmaci)</b></li> <li>● <b>Sistemi di Cloud per la condivisione delle informazioni cliniche tra i gestionali dei MMG</b></li> </ul>
	Coordinamento con le reti specialistiche ospedaliere e sistema emergenza-urgenza	Indicare le modalità di coordinamento (es. adozione di protocollo/i operativo/i) <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Coinvolgimento degli specialisti nella costruzione dei PDTA specifici</b></li> <li>● <b>Protocolli per la definizione di agende dedicate per la presa in carico e/o monitoraggio dei pazienti con elevata instabilità clinica secondo i PDTA specifici</b></li> <li>● <b>Protocolli con la Direzione Sanitaria Ospedaliera e del Sistema Emergenza per le situazioni di urgenza clinica</b></li> </ul>
	Sistema formativo	Iniziativa di formazione/aggiornamento degli operatori <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Formazione sui PDTA, lavoro in equipe, valutazione multidisciplinare.</b></li> <li>● <b>Formazione sull'utilizzo appropriato delle risorse correlato agli obiettivi di salute al fine di definire il "Budget di salute"</b></li> </ul>
	Sistema valutativo	Attività di auto/etero valutazione (es.audit ecc) <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Audit periodico tra gli operatori della Casa della salute per la valutazione dei risultati raggiunti in relazione ai risultati attesi</b></li> <li>● <b>Report periodici sugli indicatori stabiliti</b></li> <li>● <b>Questionari di customer satisfaction rivolto agli utenti e agli operatori sulla qualità dei servizi offerti e sulla qualità del lavoro svolto</b></li> </ul>
	Coordinamento con rete servizi socio-sanitari e socio-assistenziali	Indicare le modalità di coordinamento (es. adozione di protocollo operativo) coerenti con gli obiettivi e gli indirizzi di cui alla D.G.R. n. 38-2292 del 19.10.2015 <b>Per l'area della fragilità anziani, adulti con disabilità e minori presa in carico congiunta attraverso gli strumenti di valutazione multidimensionale e costruzione di PAI (piano assistenziale individuale) condiviso e integrato</b>
<b>RISULTATI ATTESI</b>	In termini di efficienza organizzativa	<b>Riduzione di percorsi "fai da te" frammentati con risposte parziali a bisogni complessi spesso inefficaci e inefficienti. Presa in carico globale attraverso interventi mirati integrati tra MMG/Specialisti/Infermieri/servizi sociali/volontariato con una visione olistica della complessità.</b>
	In termini di efficacia e continuità assistenziale	<b>La valutazione multiprofessionale dei bisogni del paziente, la presa in carico globale e l'avvio di un percorso assistenziale definito e condiviso con il paziente sul modello CAS delle reti oncologiche garantisce efficacia d'intervento e continuità assistenziale.</b>
	In termini di risposta ai bisogni delle cronicità	<b>Si intende introdurre il "Chronic Care Model" con la stratificazione del livello di complessità e di intensità delle patologie croniche per offrire ad uguali livelli di stratificazione pari livelli assistenziali</b>
	In termini di appropriatezza	<b>Questo modello tende a far emergere il bisogno latente con una presa in carico precoce con l'obiettivo di ritardare la complessità maggiore e offrire le cure appropriate nei setting appropriati con i seguenti indicatori:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Riduzione accessi DEA/PS</b></li> <li>● <b>Riduzione prestazioni specialistiche</b></li> <li>● <b>Riduzione ricoveri impropri</b></li> </ul>