

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
Casa della Salute di Omegna		Definizione dell'intervento progettato, tenendo conto di quanto previsto dal presente provvedimento (Casa della Salute) Realizzazione di una Casa della Salute che abbia le caratteristiche di visibilità per l'utenza, 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.
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 Distretto – S.C. Gestione Attività Territoriali (GAT)
	Strutture/servizi coinvolti	Distretto, Cure Primarie, Specialistica, Riabilitazione, NPI, DSM, SERD, DIP. PREVENZIONE, MMG, PLS, MCA, GAT, Cure Domiciliari, Consultorio, CISS, Ass. Volontariato
INPUT	Tipologia	Modello strutturale pluriprofessionale
	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"> o Malattie metaboliche o BPCO o Scompenso cardiaco o Ipertensione o Insufficienza Renale Cronica o Autismo o Assistenza psicologica cure primarie
	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) La Casa della salute è accessibile da parte dell'utenza sette giorni su sette con una differenziazione riguardo ai servizi offerti nei giorni della settimana e nelle fasce orarie. <ul style="list-style-type: none"> • L'assistenza primaria è garantita h 24 attraverso l'integrazione degli studi medici con i MCA. • L'accessibilità agli ambulatori è fino alle ore 24 poi il servizio di CA effettua visite non differibili a domicilio. • Le cure domiciliari vengono effettuate dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 e dalle 8.00 alle 15.42 il sabato, domenica e festivi • Il consultorio per cinque giorni dalle ore 8.30 alle ore 16.30 • I servizi sociali dalle 9.00 alle 16.00 • Giorni specifici vengono dedicati per i percorsi inerenti l'area della NPI, del DSM, del SERD, DIP. PREVENZIONE, della Psicologia ecc <p><u>Domanda:</u> domanda di servizi e di prestazioni . Indicare il bacino d'utenza della forma organizzativa 30.000 residenti <u>Accesso.</u> L'accesso alla Casa della Salute avviene attraverso due modalità :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • accesso programmato conseguente alla attivazione della medicina di iniziativa sulla presa in carico e monitoraggio della patologie croniche a più alte frequenza e impatto che verranno definite in base a protocolli specifici • I medici di CA (ex GM) operano nel contesto della Casa della salute garantendo una attività ambulatoriale fino alle ore 24 e nei festivi e prefestivi.
VARIABILI INTERNE	Struttura di base	Funzioni e responsabilità
		Indicare le modalità di governo/coordinamento e gestione 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.
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>Costi sostenuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • €20.000,00 quota incentivante per gruppo aziendale cure primarie. <p>Costi avvio/potenziamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • €8.000 quota incentivante per MMG aggiuntivi • 1 infermiere per ambulatorio infermieristico e gestione utenti con patologia cronica € 40.000,00 <p>Costi strutturali</p> <ul style="list-style-type: none"> • € 20.000,00 per realizzazione due ambulatori e impiantistica • € 40.000,00 per realizzazione palestra FKT <p>Costi per dotazione di strumenti tecnologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • spirometro € 3.000,00 • minilab € 6.000,00 • arredi € 20.000,00
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>Struttura esistente: proprietà ASL sede del Distretto</p> <p>Numero ambulatori MMG: 6</p> <p>Numero 4 ambulatori per percorsi di presa in carico area del disagio e delle disabilità</p> <p>Accoglienza sociale</p> <p>Ambulatorio Infermieristico</p> <p>Consultorio Familiare</p> <p>Locali cure domiciliari: accettazione, locale lavoro, locale infermieri, ufficio coordinatore infermieristico, ufficio medico</p> <p>Locale accoglienza utente, prima valutazione del bisogno e orientamento ai servizi</p> <p>Uffici amministrativi di front office e back office</p> <p>CUP</p> <p>Ambulatorio gestione delle patologie croniche</p> <p>Sala riunioni</p> <p>Sala attesa</p> <p>Uffici di Direzione distrettuale</p> <p>Uffici di Direzione del CISS</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>MMG: n° 6 per un impegno di 60 ore settimanali</p> <p>MCA: n° 5 per un impegno di 108 ore settimanali</p> <p>Infermiere: 2 per 36 ore settimanali per ambulatorio infermieristico e ambulatorio gestione utente con patologia cronica</p> <p>14 per 504 ore settimanali per cure domiciliari</p> <p>1 per 4 ore settimanali per educazione terapeutica</p> <p>1 per 2 ore settimanali stoma terapista</p> <p>1 consulente in lesioni difficili su programmazione</p> <p>1 per 36 ore coordinatore cure domiciliari</p> <p>2 per 72 ore settimanali NDCC ?</p> <p>OSS: 1 per 36 ore settimanali</p> <p>Assistenti Sociali: 3 per 30 ore settimanali</p> <p>Ostetriche: 3 per 85 ore settimanali</p> <p>Psicologi: 2 per 12 ore settimanali</p> <p>Psichiatra 1/2 per 12 ore settimanali</p> <p>Ginecologo 1 per ?</p> <p>Consulenti specialisti in relazione ai PDTA</p>
Attrezzature	<p>Per tipologia</p> <p>ECG portatile con possibilità di teletrasmissione tracciati e telefermatore in collegamento con Cardiologia</p> <p>Spirometro per monitoraggio BPCO</p> <p>Minilab per esecuzione di diagnostica di laboratorio di base</p> <p>Arredi per cinque ambulatori medici</p>

Processi assistenziali	Prevenzione/Promozione della salute	<p>Prevenzione/educazione salute patologie croniche in particolare: diabete, BPCO, malattie metaboliche e correlato rischio cardiovascolare con ambulatori dedicati gestiti dal Group Care infermiere con formazione specifica.</p> <p>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.</p> <p>Attuazione progetto di Infermieristica di Famiglia e di Comunità con l'adesione al Progetto Consenso in Val Strona</p> <p>Prevenzione della non autosufficienza attraverso interventi mirati su persone > di 65 anni definite vulnerabili con il progetto "La cura è di casa"</p>
	Percorsi: Patologia/e ...	<p>Attività di medicina di iniziativa, per tipologia di percorsi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Scompenso cardiaco ● BPCO ● Malattie metaboliche ● IRC ● Terapia anticoagulante orale ● Prevenzione non autosufficienza per > 65 anni vulnerabili ● Prevenzione/educazione disordini alimentari ● Educazione/consulenza vaccinazioni ● Disagio psichico/psicologico ● Autismo
	Informazioni-comunicazioni al paziente	<p>Relazioni tra struttura organizzativa e popolazione servita</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sito WEB dedicato con informazione sui percorsi assistenziali attivati ● Informazione sui media (emittenti locali e stampa) ● Incontri con gruppi di stakeholders (associazioni, volontariato, sindacati, amministratori)
Processi organizzativi e di supporto	Sistema Informativo	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gestionali dei MMG per la stratificazione del livello di rischio e l'arruolamento dei pazienti nei percorsi ● Sistemi informativi aziendali/regionali per il monitoraggio del consumo di risorse (ricoveri ospedalieri, prestazioni di specialistica, accessi DEA/PS, consumo farmaci) ● Sistemi di Cloud per la condivisione delle informazioni cliniche tra i gestionali dei MMG ● Applicativo informatico per gestione utenti con patologia cronica
	Coordinamento con le reti specialistiche ospedaliere e sistema emergenza-urgenza	<p>Indicare le modalità di coordinamento (es. adozione di protocollo/i operativo/i)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Coinvolgimento degli specialisti nella costruzione dei PDTA specifici ● 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 ● Protocolli con la Direzione Sanitaria Ospedaliera e del Sistema Emergenza per le situazioni di urgenza clinica
	Sistema formativo	<p>Iniziative di formazione/aggiornamento degli operatori</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Formazione sui PDTA, lavoro in equipe, valutazione multidisciplinare. ● Formazione sull'utilizzo appropriato delle risorse correlato agli obiettivi di salute al fine di definire il "Budget di salute" ● Formazione operatori per gestione utenti con patologia cronica
	Sistema valutativo	<p>Attività di auto/etero valutazione (es.auditecc)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Audit periodico tra gli operatori della Casa della salute per la valutazione dei risultati raggiunti in relazione ai risultati attesi ● Report periodici sugli indicatori stabiliti ● Questionari di customersatisfaction rivolto agli utenti e agli operatori sulla qualità dei servizi offerti e sulla qualità del lavoro svolto
	Coordinamento con rete servizi socio-sanitari e socio-assistenziali	<p>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</p> <p>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</p>
RISULTATI ATTESI	In termini di efficienza organizzativa	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.
	In termini di efficacia e continuità assistenziale	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.
	In termini di risposta ai bisogni delle cronicità	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
In termini di appropriatezza	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: <ul style="list-style-type: none">● Riduzione accessi DEA/PS● Riduzione prestazioni specialistiche● Riduzione ricoveri impropri