



A.S.L. V.C.O.

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 488 del 29/06/2022

**Oggetto: AGGIORNAMENTO DEL PIANO LOCALE CRONICITA'
DELL'ASL VCO IN CONFORMITA' A QUANTO DISPOSTO
CON DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE (D.D.) N.
725/A1400A/2022.**

DIRETTORE GENERALE - DOTT.SSA CHIARA SERPIERI
(NOMINATO CON DGR N.11-3293 DEL 28/05/2021)

DIRETTORE SANITARIO - DOTT.SSA EMANUELA PASTORELLI

DIRETTORE AMMINISTRATIVO - AVV. CINZIA MELODA



A.S.L. V.C.O.

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Struttura proponente: AFFARI GENERALI LEGALI E ISTITUZIONALI

L'estensore dell'atto: Primatesta Giuseppina

Il Responsabile del procedimento: Primatesta Giuseppina

Il Dirigente/Funziionario: Primatesta Giuseppina

Il funzionario incaricato alla pubblicazione.



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

IL DIRETTORE GENERALE

Nella data sopraindicata, su proposta istruttoria del Direttore sostituto SOC Affari Generali Legali ed Istituzionali di seguito riportata, in conformità al Regolamento approvato con delibera n. 290 del 12/05/2017, modificato con delibera n. 65 del 28.1.2020.

Premesso che:

- con D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015 "*Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/16 e della DGR n. 1-600 del 19.11.2014 e smi*" è stato definito il modello dell'assistenza territoriale nella Regione Piemonte;
- con D.C.R. n. 306-29185 del 10/7/2018 il Consiglio Regionale del Piemonte, su proposta formulata dalla Giunta con D.G.R. n. 22-6467 del 9/2/2018, ha recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 15 settembre 2016) sul "Piano nazionale della cronicità" ed ha approvato le Linee di indirizzo regionali 2018-2019 per la presa d'atto di tale Piano. Il Piano Nazionale della Cronicità nasce dall'esigenza di armonizzare, a livello nazionale, le attività nel campo delle malattie croniche e definisce un disegno strategico comune, condiviso con le Regioni, che promuove l'unitarietà di approccio centrato sulla persona e sullo sviluppo di percorsi assistenziali per la cronicità;
- la Direzione Regionale Sanità e Welfare, in attuazione delle Linee di indirizzo regionali di cui alla richiamata D.C.R. n. 306-29185/2018, ha messo in atto, nel corso degli anni 2018/2019, un processo di formazione/apprendimento organizzativo accompagnando le Aziende Sanitarie a predisporre i Piani Locali Cronicità. In un primo momento la Direzione Sanità ha coinvolto, in modo sperimentale, 4 Aziende (tra le quali l'ASL VCO) che hanno costituito "comunità di pratica", multiprofessionali e multilivello, successivamente ha ampliato l'esperienza e la formazione a tutte le aziende regionali. Le Aziende Sanitarie Locali hanno predisposto (secondo l'indice allegato alla nota prot. n. 4669 del 28.2.2019 e con il supporto del vademecum concordato a a livello regionale), una prima bozza del proprio Piano Locale Cronicità.
- con la deliberazione n. 1082 del 19.11.2018 l'ASL VCO, in conformità a quanto richiesto dalla Regione con nota acquisita al protocollo aziendale al n. 67185/2018, l'ASL VCO costituì la "Cabina di regia aziendale" ed il "Nucleo" per la Cronicità. Tale atto venne, successivamente, integrato con deliberazione n. 74 del 28.1.2019.
- con la DGR n. 12-156 del 2.8.2019 di assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2019 venne previsto, nell'ambito degli stessi, la predisposizione, entro il 30 ottobre 2019, del Piano aziendale di Cronicità. Il documento venne, a suo tempo, trasmesso in Regione con nota di accompagnamento prot. n. 67114 del 30.10.2019.

Preso atto che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato per l'Italia con decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione Europea del 6 luglio 2021, ha individuato, tra gli altri, i temi chiave del futuro impianto programmatico e organizzativo in ambito sanitario prevedendo, nella missione 6, anche in funzione della presa in carico di cronicità e fragilità, il rafforzamento della rete erogativa di prestazioni sul territorio, da realizzare attraverso il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali, quali le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali, nonché lo sviluppo dell'assistenza domiciliare, della telemedicina ed una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

Richiamata la D.G.R. n. 16-4469 del 29.12.21 *"Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-25 in attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-25, recepito con D.G.R. n. 12-2524 dell'11.12.2020 e approvazione del modello organizzativo per il Coordinamento regionale della prevenzione"*, con la quale la Regione Piemonte ha pianificato, tra le altre, le azioni di prevenzione e promozione della salute orientate al macro obiettivo nazionale *"M01-Malattie croniche non trasmissibili"* integrando i programmi, predefiniti a livello nazionale, con un Programma libero PL12 *"Setting sanitario: la promozione della salute nella cronicità"*.

Richiamata la nota (acquisita al protocollo aziendale al n. 21784 del 5.4.2022), con la quale la Regione Piemonte ha trasmesso la programmazione relativa al Piano di Cronicità 2022, invitando le aziende sanitarie a formalizzare la composizione della Cabina di regia per la cronicità e del Nucleo aziendale per la Cronicità, confermando o rivedendo i componenti rispetto a quanto a suo tempo deliberato.

Preso atto che con deliberazione n. 251 del 12.4.22 l'ASL VCO ha previsto una nuova composizione della "Cabina di regia per la cronicità" e del "Nucleo aziendale per la cronicità" revocando le deliberazioni, in precedenza assunte, nn. 1082/2018 e 74/2019.

Richiamata: la Determina Dirigenziale n. 725/A1400A/2022 del 2.5.2022 con la quale la Regione:

- ha costituito, in seno alla Direzione Sanità e Welfare, la cabina di regia tecnica regionale per il Piano Cronicità prevedendo che la stessa venga supportata, a livello locale, attraverso periodici momenti di confronto (informativi, formativi e di co-programmazione organizzativa), dalle Direzioni aziendali e dai Referenti dei Nuclei Aziendali Cronicità;
- ha approvato il documento *"Programmazione Piano cronicità 2022"*;
- ha dato mandato alle Aziende Sanitarie Regionali di aggiornare il Piano Locale Cronicità, predisposto nel 2019, nel rispetto della tempistica riportata nel documento *"Programmazione Piano cronicità 2022"* (30.6.2022).

Rilevato che, in data 7 giugno 2022, il Settore Programmazione Sanitaria e Socio-Sanitaria della Direzione Sanità e Welfare ha fornito ulteriori indirizzi alle aziende sanitarie per aggiornare il Piano Locale Cronicità.

Ritenuto pertanto di aggiornare il Piano Locale Cronicità dell'ASL VCO (a suo tempo predisposto ed inviato in Regione con nota di accompagnamento prot. n. 67114 del 30.10.2019), in conformità a quanto disposto con Determinazione Dirigenziale n. 725/A1400A/2022 e tenuto conto delle ulteriori indicazioni fornite, in data 7 giugno 2022, dal Settore Programmazione Sanitaria e Socio-Sanitaria della Direzione Sanità e Welfare, allegando il documento, (All. A), alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, dando atto che detto Piano aggiornato è corredato da n. 2 allegati: All. 1 *"Documento aziendale sulla Funzione infermieristica per la cronicità"* e All. 2 *"Prospettive di sviluppo del Piano Locale Cronicità per il 2023"*.

Condivisa la proposta come sopra formulata e ritenendo sussistere le condizioni per l'assunzione della presente delibera.

Acquisiti i pareri favorevoli espressi ai sensi dell'art. 3 del d.Lgs. 502/1992 e smi, come formulati nel frontespizio del presente atto



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DELIBERA

- 1)** Di aggiornare il Piano Locale Cronicità dell'ASL VCO (a suo tempo predisposto ed inviato in Regione con nota di accompagnamento prot. n. 67114 del 30.10.2019), in conformità a quanto disposto con Determinazione Dirigenziale n. 725/A1400A/2022 e tenuto conto delle ulteriori indicazioni fornite, in data 7 giugno 2022, dal Settore Programmazione Sanitaria e Socio-Sanitaria della Direzione Sanità e Welfare, allegando il documento (All. A), quale parte integrante e sostanziale, alla presente deliberazione, dando atto che detto Piano aggiornato è corredato da n. 2 allegati: All. 1 "*Documento aziendale sulla Funzione infermieristica per la cronicità*" e All. 2 "*Prospettive di sviluppo del Piano Locale Cronicità per il 2023*."
- 2)** Di trasmettere il Piano Locale Cronicità dell'ASL VCO aggiornato alla Direzione Regionale Sanità e Welfare – Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari, nonché ai componenti della Cabina di regia per la cronicità ed al Nucleo aziendale per la cronicità la cui composizione è stata aggiornata con deliberazione n. 251 del 12.4.2022.
- 3)** Di precisare che dall'adozione del presente atto non derivano oneri di spesa per l'Azienda.
- 4)** Di dichiarare la presente deliberazione immediatamente eseguibile.



A.S.L. V.C.O.

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

AGGIORNAMENTO DEL PIANO LOCALE CRONICITA' dell'ASL VCO

(ai sensi della Determinazione Dirigenziale n. 725/A1400A del 02/05/2022)

▪ Premessa	pag. 3
▪ Organizzazione locale del sistema socio sanitario	pag. 4
▪ Modello generale di governance ed intervento	pag. 6
▪ Strategie priorità e obiettivi generali	pag. 7
▪ Azioni e percorsi per il cittadino con patologie croniche	pag. 8
▪ Il modello della presa in carico e di gestione	pag. 8
▪ Follow up e monitoraggio per il cittadino con patologie croniche	pag. 11
▪ Progettualità specifiche correlabili alle azioni per la cronicità	pag. 11
▪ Formazione per lo sviluppo organizzativo	pag. 12
▪ Leve per sostenere la realizzazione del piano aziendale	pag. 12
▪ Intersezione tra piano locale cronicità e piano locale prevenzione	pag. 12
▪ Sistema informativo informatico	pag. 17
▪ Piano di comunicazione	pag. 18
▪ Ipotesi di percorsi per il cittadino con patologie croniche	pag. 19
▪ Un piano cronicità in ambito geriatrico	pag. 19

ALLEGATI

ALLEGATO 1	Documento aziendale sulla Funzione infermieristica per la cronicità
ALLEGATO 2	Prospettive di sviluppo del Piano Locale Cronicità per il 2023

Premessa

Nei principali Paesi industrializzati è in atto un cambiamento socio-demografico ed epidemiologico. Il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche e della multimorbilità, inevitabilmente si accompagnano ad una maggior richiesta di domanda assistenziale e, con essa, ad un elevato rischio di disabilità. Tutto ciò comporta un incremento del fabbisogno assistenziale che rappresenta la sfida più importante per tutti i sistemi sanitari e sociali che i Paesi dovranno affrontare.

Sulla scorta di questa considerazione, l'approccio di cura dei pazienti affetti da una malattia cronica è cambiato negli ultimi decenni. Si è passati, infatti, da una fase di attesa dell'evento acuto ad un processo proattivo, caratterizzato da una maggiore integrazione tra i servizi, lungo percorsi assistenziali condivisi tra territorio e ospedale. L'assistenza alle persone affette da patologie croniche, come parte sostanziale dell'assistenza primaria ruota, dunque, intorno a questo paradigma.

L'assistenza alle persone affette da patologie croniche dev'essere centrata sulla Persona attorno a cui ruotano e si integrano servizi sanitari e sociali, assicurati da team multiprofessionali e multidisciplinari, per fare fronte ai bisogni di salute dei cittadini in partnership tra i pazienti e i loro caregiver in un contesto familiare o di comunità garantendo il coordinamento e la continuità delle cure.

Si definisce patologia cronica (fonte la World Health Organization- WHO 2002) "una qualsiasi malattia di lunga durata e generalmente a lenta progressione". Si calcola che le patologie croniche siano responsabili dell'86% dei decessi nei Paesi con alto reddito con particolare riferimento alle malattie cardiovascolari, neoplasie maligne, malattie respiratorie, malattie muscolo-scheletriche, diabete mellito e demenze.

Ma non è solo un costo di vite umane poiché esse assorbono risorse sia dal settore sanitario che sociale, soprattutto le patologie gravate da un maggior grado di disabilità, con la tendenza ad un aumento maggiore della spesa sociale in relazione anche all'andamento del mercato del lavoro ed ai provvedimenti sul sistema pensionistico, potendosi generare nel tempo gravi squilibri generazionali. Insomma a fronte di una riduzione dell'aspettativa e della qualità di vita, vi è anche un notevole consumo dell'offerta sanitaria e conseguentemente, lievitazione della spesa sanitaria. Ne deriva che occorre sapere curare, prevenendo i quadri clinici propri di una malattia cronica sempre più spesso caratterizzata da comorbidità e multimorbilità.

Per queste ragioni è necessario una maggiore integrazione tra i diversi ambiti che erogano servizi sanitari.

All'interno di questo contesto, i percorsi di salute diagnostici, terapeutici ed assistenziali (PSDTA) rappresentano il fulcro intorno al quale devono ruotare i servizi sanitari e sociali, divenendo così il PSDTA integrato un Piano di presa in carico globale del paziente che si concretizza nel Piano di cura personalizzato (PCP). È da questo momento in poi avviene la reale presa in carico dei pazienti ai quali sono garantiti percorsi programmati, senza attese in modo da non vanificare i risultati in termini di soddisfacimento dei bisogni, coordinando gli interventi di altre istituzioni e coinvolgendo nelle scelte gli stessi pazienti e le loro famiglie.

Il Piano di cura personalizzato coinvolge diversi setting di cura compreso l'ospedaliera in base ai bisogni clinici dell'assistito.

A questo scopo saranno condivise procedure operative ospedale-territorio-ospedale per garantire la continuità assistenziale quali presenza di un modello-lettera di dimissione (ambulatoriale, ricovero o DEA) per utenti affetti da patologia croniche contemplate nei PSDTA e di un documento aziendale sulla funzione infermieristica per la cronicità (IFeC).

Le forme di aggregazione dei medici di medicina generale (AFT) istituite a livello aziendale, dovranno operare in modo proattivo con le altre figure professionali del territorio e farsi carico dei pazienti affetti da patologie croniche dando seguito a condivisi percorsi assistenziali (BPCO, scompenso cardiaco, malattia renale cronica, malattia di Parkinson) integrati con l'ospedale e con le altre strutture territoriali, in particolare quelle residenziali.

Gli accordi aziendali in vigore e sottoscritti dai medici di medicina generale consentono di perseguire queste attività. I percorsi provvederanno la programmazione di spazi dedicati all'interno delle liste di attesa per l'esecuzione di indagini e visite specialistiche dei pazienti con patologie croniche, per contribuire alla riduzione dei ricoveri inappropriati ospedalieri e degli accessi ai DEA nonché delle liste d'attesa.

Inoltre, attraverso una rilettura dei singoli PSDTA, il percorso sarà arricchito dal contributo del referente per la prevenzione, la telemedicina, dall'IFeC, da interventi sociali condivisi nell'ottica di una presa in carico sempre più completa.

Infatti non tutte le malattie croniche esitano in uno stato di non autosufficienza o disabilità grave e quindi non sempre sono necessari interventi di tipo sociale. Ma se si investe nella prevenzione secondaria e terziaria delle malattie, sull'educazione alla salute condotta con costanza, se i servizi che si fanno carico della persona funzionano in rete, se gli operatori lavorano insieme, questo margine diventa ancora più interessante.

Il PLC dell'ASL VCO individua seguenti principali ambiti di intervento:

- ◆ malattie cardiovascolari croniche: scompenso cardiaco
- ◆ malattie respiratorie croniche: BPCO e insufficienza respiratoria;
- ◆ malattie renali croniche e insufficienza renale;
- ◆ malattia di Parkinson e parkinsonismi
- ◆ ipotesi di percorsi per i cittadini con patologie croniche

ORGANIZZAZIONE LOCALE DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO

Il contesto di riferimento ovvero l'ambito di applicazione di questo piano locale cronicità è l'ambito territoriale del Distretto unico del VCO di cui all'Atto Aziendale Delibera n. 904 del 17 novembre 2021

Il territorio dell'ASL è suddiviso in sei ambiti di scelta per la Medicina Generale e tre ambiti di scelta per la Pediatria.

A fronte dei seguenti propri punti di forza (una fitta rete di strutture per anziani alcune delle quali coinvolte nella Continuità Assistenziale e una efficace assistenza territoriale presente su tutto il territorio) la rete assistenziale patisce una relativa carenza di MMG qui come altrove.

Di seguito si riporta l'aggiornamento della sottostante tabella che mostra la sintesi dell'offerta sanitaria presente nell'ASL.

OSPEDALE	Pubblico	Privato
Ospedali	n. 2	n. 3
P.L. Ospedale - Ricovero Ordinario	n. 227	n. 120
P.L. Ospedale - Day Surgery/day Hospital	n. 47	n. 13
P.L. Obi	17	
P.L. Lungodegenze	n.	n. 70
P.L. Riabilitazione (RRF)	n.	n. 450
TERRITORIO		

MMG	n. 100 e n. 0,60/1000	
PLS	n. 12 e n.0,72/1000	
Medici CA	n. 58 e n.0,35/1000	
Medicine di gruppo	n. 5	
Ambulatori infermieristici	12	
P.L. Residenzialità Breve Alzheimer	n.	n. 3
P.L. N.A.T.		n. 37
P.L CAVS	n.	n. 50
P.L CAVS Riabilitativo	n.	n. 20
P.L. CAVS Neuropsichiatrico	-	
RSA	n.	n. 20
P.L. RSA Anziani non autosufficienti	n.	n. 958
P.L. Hospice	n. 10	
NOCC./ NDCC	In quali presidi Ospedale Castelli Verbania Ospedale S.Biagio Domodossola	
segnalazione dal DEA per la Continuità assistenziale	SI	
Centrale Operativa della Continuità assistenziale	SI	
Cure Domiciliare	SI	
Cure Palliative	SI	

Altro (specificare)	s/n	
Case della Salute	n. 4	
AFT/EAT	n. 7	
UCCP	In Case della Salute	
Punti Prelievo	n. 13	5
PUA - SUSS Sportello Unico Servizi Socio-Sanitari	Case della Salute	
Convenzioni/accordi per servizi a supporto (specificare)	SI	
Enti Gestori	n. 3	
Farmacie Totali	n. 76	
Di cui Farmacie rurali	n. 52	

MODELLO GENERALE DI GOVERNANCE ED INTERVENTO

Nucleo/Cabina di regia aziendale

Il Nucleo Aziendale e la Cabina di regia per la Cronicità sono stati rinnovati come risulta dalla DDG n. 251 del 12/04/2022 che con comunicazione (prot 25660 del 21.4.22) è stata inviata ai componenti della cabina di regia e del nucleo aziendale per la cronicità.

La Cabina di regia per la Cronicità è così composta: Direttore Distretto, Direttore Presidi Ospedalieri, Dirigente DiPSa Territorio, Coordinatore Servizio Sociale Professionale Aziendale e Responsabile Funzione Aziendale Programmazione e Progettazione Sanitaria Integrata. Oltre ai professionisti sanitari appartenenti al Nucleo Aziendale, la cabina di regia comprende anche i seguenti professionisti: Responsabile Controllo di Gestione, Responsabile Tecnologia dell'informazione e della Comunicazione (ICT), Dirigente Ingegnere Settore Ingegneria Clinica, Direttore Veterinario Area A, Referente Formazione, Responsabile Ufficio Comunicazione e URP, Medico di Medicina Generale, Dirigente Medico specialista in Geriatria, Assistente Sanitario, Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere.

L'articolazione di questa nuova Cabina di regia conferma una Governance del territorio più vicina al cittadino, ove operano tutte le figure professionali coinvolte, sanitarie e sociali, per realizzare quella presa in carico personalizzata, efficace ed efficiente, che caratterizza un sistema di tutela della salute moderno. Il modello è quello di stimolare un maggiore dialogo tra i Servizi sanitari ed i Servizi sociali e tra i servizi extraospedalieri e quelli ospedalieri.

STRATEGIE PRIORITÀ' E OBIETTIVI GENERALI

Su tali basi sono fissati i seguenti obiettivi strategici da realizzare entro il 2026

- Si conferma l'operatività delle Case della salute di Omegna, Verbania Crevoladossola e Cannobio.

- b) Attivazione di ulteriori due Case della Salute come già descritto precedentemente ubicate nei Comuni Premosello Chiovenda e Stresa in modo da realizzare il disegno complessivo che prevede una Casa Integrazione tra della Salute di riferimento per ogni AFT.
- c) Introduzione nel Piano Locale della Cronicità delle competenze del personale infermieristico IFeC nonché un ulteriore potenziamento attraverso la formazione.
- d) Attivazione entro il 2026 di n. tre Case di Comunità a Verbania, Domodossola e Omegna, di un Ospedale di Comunità di 20 posti letto a Gravellona Toce e di una COT (Centrale Operativa Territoriale) con sede a Omegna.
- e) Integrazione tra il Piano Locale della Cronicità e il Piano locale della Prevenzione (Azione programmatica PL12)

La Conferenza di Partecipazione dell'ASL VCO ha costituito un gruppo di lavoro denominato "Educazione sanitaria ed empowerment del cittadino" al quale afferiscono rappresentanti delle Associazioni di Pubblica Tutela e rappresentanti dell'ASL che ha come obiettivo quello di accrescere la consapevolezza delle azioni dei volontari nelle loro funzioni a supporto dell'ASL e il funzionamento del percorso di umanizzazione nell'erogazione dei servizi sanitari con riferimento alle attività delle strutture ospedaliere e territoriali. Per quanto riguarda le attività territoriali il gruppo di lavoro si integra anche con la cabina di regia del Piano Locale della Cronicità.

	I semestre 2022	I semestre 2022	II semestre 2022	II semestre 2022	II semestre 2022
PSDTA SC	Formalizzazione del gruppo di miglioramento aziendale con le figure del rappresentante della prevenzione, dell'IFeC, del referente aziendale per la Telemedicina e un referente aziendale	Predisposizione documento aziendale aggiornato secondo il modello regionale PSDTA	Attivazione ambulatorio IFeC		Rilevazione andamento dei percorsi (monitoraggio dei pz. arruolati)
PSDTA BPCO	Formalizzazione del gruppo di miglioramento aziendale con le figure del rappresentante della prevenzione, dell'IFeC, del referente aziendale per la Telemedicina e un referente aziendale	Predisposizione documento aziendale aggiornato secondo il modello regionale PSDTA	Attivazione ambulatorio IFeC	Arruolamento e presa in carico dei pazienti	Rilevazione andamento dei percorsi (monitoraggio dei pz. arruolati)
PSDTA MRC	Formalizzazione del gruppo di miglioramento aziendale con le figure del rappresentante della prevenzione,	Predisposizione documento aziendale aggiornato secondo il modello regionale PSDTA	Attivazione ambulatorio IFeC	Arruolamento e presa in carico dei pazienti	Rilevazione andamento dei percorsi (monitoraggio dei pz. arruolati)

	dell'IfeC, del referente aziendale per la Telemedicina e un referente aziendale				
PSDTA MP	Formalizzazione del gruppo di miglioramento aziendale con le figure del rappresentante della prevenzione, dell'IfeC, del referente aziendale per la Telemedicina e un referente aziendale	Predisposizione documento aziendale aggiornato secondo il modello regionale PSDTA			Stesura PSDTA entro il 31.12.2022
Attivazione funzione infermieristica organizzata per la cronicità (IfeC)	Formale individuazione del personale IfeC da assegnare all'attività del PLC	Attivazione di un ambulatorio infermieristico per la cronicità presso la Casa della Salute di Omegna, Verbania, Crevaldossola e Cannobio			
Integrazione fra NOCC e NDCC con stesura di procedura presa in carico ospedale/territorio nonché rilevazione dell'andamento dell'attività di integrazione ospedale/territorio	In atto presa in carico dei pazienti dimessi dai Presidi Ospedalieri nei setting assistenziali presenti sul Territorio	Aggiornamento procedura dimissione presa in carico ospedale territorio			
Attivazione IfeC progetto Aree Interne Valli dell'Ossola	Condivisione del progetto con AFT dei MMG e ai responsabili dei CISS	Inizio arruolamento pazienti			

AZIONI E PERCORSI PER IL CITTADINO CON PATOLOGIE CRONICHE

Modello della presa in carico e di gestione

Il modello organizzativo di assistenza per i pazienti cronici all'interno del Piano Locale Cronicità che adotta questa ASL mira a ridurre la frammentazione dell'erogazione dell'assistenza ovvero a dare "continuità" alla cura.

Attraverso il coordinamento e la continuità assistenziale all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte (dalle diverse figure professionali coinvolte, al paziente e alla sua famiglia), si procede alla stesura dei PCP sulla scorta dei bisogni del paziente e di quanto definito nei percorsi di salute, diagnostici, terapeutici ed assistenziali (nei PSDTA), si tratterà per ogni singolo assistito il suo percorso di cura.

Dalla diagnosi e alla presa in carico

La procedura di Continuità di Cura Ospedale-Territorio per i cittadini affetti da patologia cronica consente la presa in carico e l'avvio del percorso di cura personalizzato per i cittadini che accedono alle strutture di

secondo livello ambulatoriale, di ricovero o di accesso al DEA ai quali viene diagnosticata una patologia cronica.

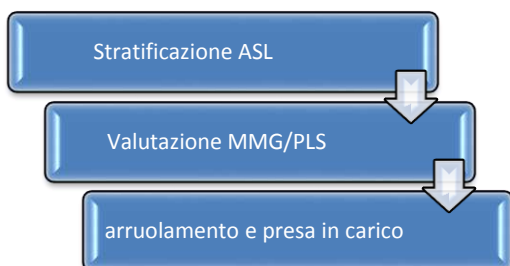
Il modello adottato è il seguente:

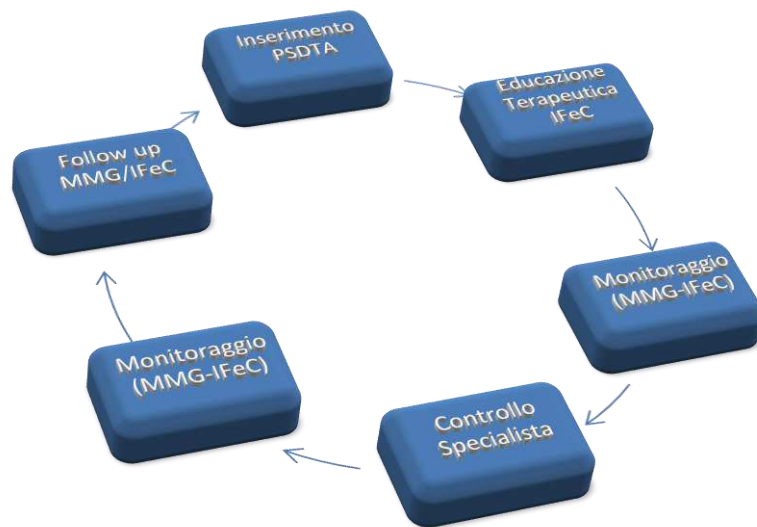
- **L'ASL individua i cittadini affetti da patologia cronica** e fornisce (nel rispetto della privacy) gli elenchi ai MMG dei suoi assistiti allo scopo di verificare la correttezza del dato ed effettua una valutazione per determinare il livello di complessità degli utenti da arruolare nei percorsi di cronicità;
- **Il MMG comunica al proprio assistito** e lo informa della possibilità di esser preso in carico in un percorso di cronicità inerente la sua patologia, acquisisce il consenso **e segnala l'utente, sulla piattaforma ECWMED**, la proposta di presa in carico nel PLC;
- **L'Infermiera di Famiglia e di Comunità (IFeC) prende in carico l'utente** accedendo a ECWMED, prende atto della segnalazione su ECWMED e contatta direttamente telefonicamente l'assistito per concordare la prima visita di accesso e di valutazione presso l'ambulatorio IFeC operante nell'ambito territoriale di residenza dell'assistito per l'arruolamento nel piano cronicità.
- **Viene definito il piano di cura personalizzato (PCP)** e inizia il percorso di presa in carico effettivo.

Medesimo percorso sarà seguito dallo specialista ospedaliero, ambulatoriale e DEA tramite la consegna al paziente di proposta di presa in carico nel PLC mediante comunicazione-referto (stampabile dal gestionale PHI o gestionale del DEA) da consegnare al paziente per la valutazione da parte del proprio medico curante. L'IFeC è garante del percorso ed opera secondo il modello organizzativo assistenziale del case management. L'IFeC case manager svolge il ruolo di referente del cittadino effettua la presa in carico, collabora con la definizione del piano di cura personalizzato, effettua il monitoraggio clinico-assistenziale, attua l'educazione terapeutica e agli stili di vita definiti dal PSDTA.

L'IFeC collabora con i MMG, che rappresentano la "committenza" ed ai quali compete la gestione clinica dell'utente; il MMG riceve le informazioni sanitarie di ritorno degli interventi effettuati dall'IFeC e gestisce il proseguimento/modifica delle cure. L'IFeC si interfaccia con gli specialisti di percorso competenti per l'inquadramento diagnostico/terapeutico, nella valutazione strumentale e clinica secondo step predefiniti. Per la gestione del PSDTA sono predisposte "agende dedicate" (ive incluse le prestazioni di telemedicina) per i cittadini inseriti nei percorsi di cronicità.

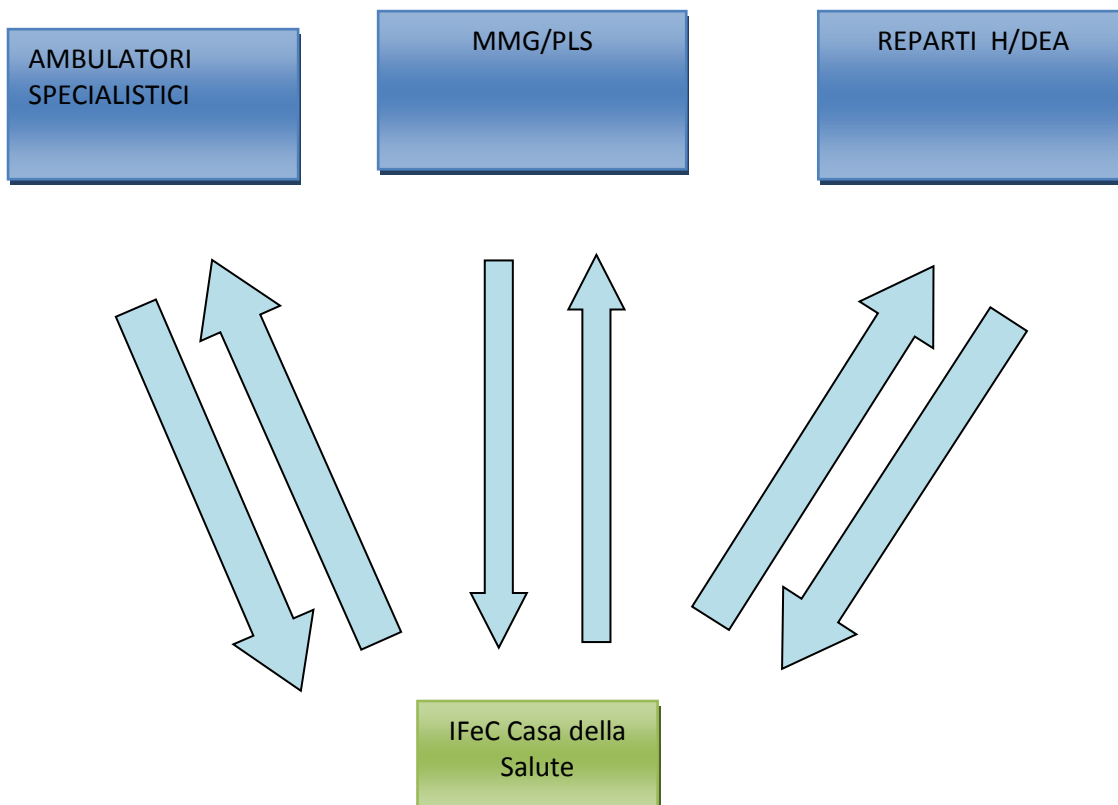
FLOW-CHART percorso paziente cronico





In Caso di paziente complesso pluripatologico viene individuato un Case Manager e redatto un PCP

Arruolamento e Gestione del cittadino:



Laboratoristica e refertazione

Quanto era già previsto nel precedente piano locale cronicità, si ritiene debba essere riproposto anche nell'aggiornamento dello stesso.

Nello specifico, come peraltro previsti nel PCP dai PSDTA, saranno osservati gli step definiti di esecuzione di esami strumentali per i quali il cittadino godrà di corsie preferenziali (agende dedicate e/o esecuzione di esami direttamente presso le case di Comunità). Alcuni esami strumentali, infatti, saranno eseguiti presso le Case della Salute dotate della strumentazione idonea e di personale formato.

A titolo di esempio per il PSDTA della BPCO le Case (CdS) della Salute sono state dotate di Spirometro e sono stati effettuati corsi specifici rivolti ai MMG e agli infermieri per l'utilizzo, altri strumenti in dotazione delle CdS sono gli Ecografi per l'effettuazione di ecografie di primo livello.

Educazione terapeutica

L'IFeC della Casa Della Salute effettua interventi di educazione terapeutica al singolo cittadino in base alla patologia. Inoltre, nell'ASL è presente un Centro di Educazione terapeutica gestito da infermieri che effettua interventi su gruppi di cittadini con patologie omogenee.

Follow-up attivo e aderenza terapeutica

In base agli algoritmi decisionali previsti nel PSDTA l'IFeC effettua il follow-up attivo e verifica l'aderenza terapeutica.

Riconciliazione dei farmaci

Il percorso di continuità delle cure Ospedale-Territorio per i cittadini affetti da patologia cronica prevedrà le modalità con le quali il MMG effettuerà la riconciliazione dei farmaci elemento significativo per la compliance del paziente e per l'aderenza terapeutica.

PROGETTUALITA' SPECIFICHE CORRELABILI ALLE AZIONI PER LA CRONICITA'

Nell'ASL VCO si confermano i seguenti progetti per prendere in carico i cittadini affetti da patologia cronica:

- **Progetto 1:** Educazione terapeutica per la somministrazione di farmaci e/o l'esecuzione di interventi specifici in ambito scolastico
- **Progetto 2:** Programma di autogestione delle malattie croniche basato sull'evidenza
- **Progetto 3:** Presa in carico infermieristica a cura del Centro di Educazione Terapeutica dei pazienti in ossigenoterapia domiciliare a lungo termine (OLT) non in SID o ADI nella zona Ossola
- **Progetto 4:** Educazione terapeutica. Interventi educativi rivolti ai pazienti affetti da Diabete mellito tipo 2 e a care giver (group care)
- **Progetto 5:** Attuazioni delle azioni previste nel PL 12
- **Progetto 6:** Educazione al care giver in fase di pre dimissione
- **Progetto 7:** Progetto aree interne

FORMAZIONE PER LO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

L'implementazione del Piano Locale della Cronicità prevede uno specifico percorso formativo che coinvolge professionisti che hanno il management organizzativo del piano ovvero dirigenti medici ed infermieristici e IFEC.

Contestualmente occorrerà in primo luogo aggiornare le informazioni agli attori che a vario titolo entreranno in gioco nel PLC, ovvero MMG, PLS, Medici di DEA/PS, MCA, specialisti ambulatoriali interni ed esterni, Infermieri, personale amministrativo, personale degli Enti Gestori e associazioni di volontariato sulle modalità di attuazione del Piano all'interno dell'ASL VCO. Si prevede allo scopo di realizzare almeno un incontro, uno per area territoriale, che coinvolga i soggetti sopra descritti.

In linea generale i contenuti informativi saranno multidisciplinari per condividere le modalità di presa in carico e gestione dei percorsi degli utenti nei diversi setting assistenziali e nella costruzione dei Piani di Cura personalizzati.

I temi trattati formativi saranno:

- 1) Gli aspetti organizzativi aziendali
- 2) I nuovi PSDTA e il ruolo del referente della Prevenzione
- 3) I Piani di Cura Personalizzati
- 4) La Continuità Assistenziale
- 5) Le Case di Comunità
- 6) L'Ospedale di comunità
- 7) La COT

Nello specifico, coerentemente all'azione D1 di cui ai sensi della Determina Dirigenziale n. 725/A1400A del 02 maggio 2022, per lo sviluppo di una "cultura" della presa in carico delle cronicità, s'intende attuare un piano formativo per la formazione di nuovo personale IfeC .

Riguardo alle azioni mirate sul personale medico (MMG, PLS, Specialisti) si attiverà uno specifico percorso di informazione/formazione riguardo alla conoscenza e all'uso della piattaforma aziendale ECWMED.

LEVE PER SOSTENERE LA REALIZZAZIONE DEL PIANO AZIENDALE

Allo scopo di perseguire con maggiore efficacia lo sviluppo del Piano Locale cronicità in aggiunta a quanto sopra descritto sarà necessario incrementare il numero di infermieri IFEC che completino il **Percorso formativo regionale Infermiere di Famiglia e Comunità**, iniziando ad affidare all'infermiere i compiti di case manager del cittadino accompagnandolo lungo il percorso di cura dalla prevenzione al follow up che è la strategia vincente per il successo del piano.

Non meno importanza si darà spazio appropriato agli **Accordi aziendali** con i MMG, PLS e Specialisti ambulatoriali orientati al raggiungimento di obiettivi di presa in carico e gestione dei pazienti cronici

Gli esiti di questi interventi troveranno adeguato campo nel **Piano di comunicazione** rivolto ai cittadini, associazioni, e a quanti possono svolgere un ruolo attivo ai programmi di prevenzione, di educazione sanitaria e di prevenzione.

INTERSEZIONE PIANO LOCALE CRONICITA' E PIANO LOCALE PREVENZIONE

Progettualità specifiche correlabili alle azioni per la cronicità.

Il **Programma Libero 12 "Setting sanitario: la promozione della salute nella cronicità"** previsto dal Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 dell'ASL VCO è il seguente.

Analisi di contesto locale

Il Piano Locale della Cronicità dell'ASL VCO mira ad armonizzare quelle attività di prevenzione nel campo della cronicità individuando un percorso comune e condiviso. L'obiettivo è quello di promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio centrato sulla persona e sulla comunità attraverso una migliore organizzazione dei servizi. Il fine è quello di contribuire al miglioramento della tutela delle persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, senza inficiare un miglioramento della qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

In considerazione della complessità degli ambiti indicati è necessario un approccio trasversale e integrato con strategie efficaci di comunità (orientate alla promozione della salute, intersettoriali e per setting) e sull'individuo (individuazione dei soggetti a rischio e delle malattie in fase precoce), seguite da interventi centrati sulla persona (es. counseling individuale sugli stili di vita, LEA, percorsi assistenziali).

Stato dell'arte

Nel corso dell'anno 2021 per il PL12 sono stati raggiunti i seguenti risultati:

- i componenti dei Nuclei Aziendali Cronicità hanno partecipato a tutti i momenti di confronto previsti a livello regionale;
- il coordinatore locale del Nucleo Cronicità ha partecipato ai momenti di confronto previsti a livello regionale.
- nei gruppi di miglioramento dei PDTA, è prevista la partecipazione del referente Prevenzione ai gruppi di miglioramento aziendale dei tre PDTA target della prima programmazione locale per la cronicità
- nell'ambito del Progetto CCM2017 (centro nazionale per la prevenzione e controllo delle malattie) – Scegliere le priorità di salute e selezionare gli interventi per prevenire il carico delle MCNT- si è partecipato al webinar NIEBP (network italiano evidence based prevention) "Orientarsi nella scelta di interventi di prevenzione
- si è partecipato al monitoraggio regionale sui PLC cioè sulla presa in carico del paziente secondo le modalità previste dal piano locale (video conferenza ottobre 2021).

Principali attività previste

Le attività previste per l'anno 2022 sono così riassunte:

- costituzione del gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare (prevenzione e cronicità);
- partecipazione di almeno 2 operatori dell'ASL VCO alla formazione FAD24 sul counselling motivazionale breve;
- raccolta delle iniziative di promozione della salute, valutazione della loro trasferibilità e individuazione dei contesti opportunistici in cui si potranno sviluppare tali attività nei prossimi anni;
- azioni trasversali con il PP3 relativamente all'attività di promozione di stili di vita sani in ambito lavorativo e presentazione delle attività svolte dalle Aziende a favore del personale sanitario nel corso dell'evento annuale della Rete HPH;
- progettazione di un intervento/interventi di promozione della salute in almeno una delle aree individuate.

Azioni

12.1 Coordinamento "intersettoriale" prevenzione – cronicità

Descrizione delle attività previste nell'anno

A livello locale

- sarà previsto, nella cabina di regia cronicità/nucleo cronicità (gruppi di lavoro multidisciplinari), la presenza di un referente per la prevenzione/cronicità;
- il referente aziendale di prevenzione e cronicità, individuerà minimo numero 2 operatori per Azienda Sanitaria per la formazione FAD24 sul counselling motivazionale breve;
- sarà effettuata una raccolta delle iniziative di promozione della salute e identificare i contesti opportunistici in cui si potranno sviluppare tali attività nei prossimi anni;
- sarà individuata almeno un'area a maggior deprivazione e progettare un intervento/interventi di promozione della salute nell'area selezionata.

Attori coinvolti e ruolo

- livello locale: Referenti Piano Prevenzione e Referenti Nuclei Cronicità

Indicatori di programma

L'azione contribuisce ai seguenti indicatori di programma:

Nome indicatore	Valore atteso regionale 2022	Valore atteso locale 2022
PL12_OS06_IS03 Gruppo multidisciplinare in ciascuna Azienda Sanitaria Locale/Presenza	Costituzione del gruppo di lavoro locale	Gruppo multidisciplinare costituito in ciascuna Azienda Sanitaria Locale

12.2 Formazione al counselling motivazionale (nazionale)

Descrizione delle attività previste nell'anno

A livello locale

-almeno 2 operator parteciperanno ai corsi di formazione a distanza (FAD24) sul counselling motivazionale breve, come sopra indicato.

Attori coinvolti e ruolo

- livello locale: pianificatori e formatori.

Indicatori di programma

L'azione contribuisce ai seguenti indicatori di programma:

Nome indicatore	Valore atteso regionale 2022	Valore atteso locale 2022
PL12_OT02_IT11 Percorso formativo sul counselling rivolto a operatori sanitari e sociosanitari dei contesti opportunistici "FAD 24"	-----	Partecipazione di almeno 2 operatori per ogni ASL
PL12_OT02_IT12 Percorso formativo sul counselling rivolto ai servizi di medicina di competenza "FAD24"	-----	Partecipazione di almeno 2 operatori per ogni ASL

12.3 Promozione stili di vita salutarì in contesti opportunistici

Descrizione puntuale delle attività previste nell'anno

A livello locale

- l'ASL documenterà nelle rendicontazioni PLP le iniziative svolta nel proprio territorio.

Attori coinvolti e ruolo

- livello locale: Referenti Piano Prevenzione e Referenti Nuclei Cronicità

12.4 Promozione della salute nei luoghi di cura per il personale sanitario

Descrizione delle attività previste nell'anno

A livello locale

- l'ASL collaborerà alla Rete HPH nell'evento annuale per la presentazione delle attività di promozione della salute realizzate a favore del personale sanitario.

Attori coinvolti e ruolo

- livello locale: Referenti Piano Prevenzione e Referenti Nuclei Cronicità.

12.5 Promozione della salute in contesti territoriali deprivati

Descrizione delle attività previste nell'anno

A livello locale

I referenti locali del piano di prevenzione identificherà utilizzando anche l'indice di deprivazione regionale, almeno un territorio con problemi di deprivazione o di accessibilità ai servizi, verso il quale indirizzare interventi mirati di promozione della salute.

Nel corso dell'anno verrà, quindi, progettato almeno un intervento di promozione della salute da condurre e portare a termine nei successivi anni di vigenza del Piano.

Attori coinvolti e ruolo

- livello locale: Coordinatori PLP e Referenti Nuclei Cronicità

Indicatori di programma

L'azione contribuisce ai seguenti indicatori di programma:

Nome indicatore	Valore atteso regionale 2022	Valore atteso locale 2022
a) Progetti di promozione della salute in aree a maggior deprivazione dell'ASL	Progettazione in ogni ASL di almeno 1 progetto di promozione della salute mirato ai soggetti più svantaggiati	Progettazione in ogni ASL di almeno 1 progetto di promozione della salute mirato ai soggetti più svantaggiati

Altre attività di iniziativa locale

Descrizione delle attività prevista nell'anno

"Passeggiate brevi"

Passeggiate in luoghi di interesse naturalistico o storico-artistico del territorio facili e di breve durata rivolte a persone anziane anche con malattie croniche e condizioni di solitudine.

Organizzate da SOSD Geriatria ASL VCO; CISS CUSIO; Associazione Prosenectute con altre associazioni legate al Progetto "La Cura è di casa Cresce"

Attori coinvolti e ruolo

Volontari Prosenectute: individuano e propongono gli itinerari e i luoghi d'interesse; fanno da guida durante la passeggiata; collaborano all'accompagnamento di quanti hanno necessità; organizzano i momenti di convivialità

Medici ed infermieri SOSD Geriatria: promuovono l'iniziativa durante visita geriatrica alle persone valutate idonee. Durante la passeggiata intervengono per fornire informazioni sull'importanza dell'attività fisica per la persona anziana, forniscono supporto in caso di necessità medico-infermieristica.

Assistente sociale CISS: dà comunicazione agli utenti dell'iniziativa e, se necessario collabora nell'organizzare l'accompagnamento; è disponibile a raccogliere bisogni e necessità di sua competenza, fornire informazioni sui servizi per l'anziano nel territorio.

Indicatore: Realizzazione di almeno il 50% delle iniziative programmate

La sopradde data attività è collegata ai seguenti obiettivi:

PL12_OT03 Creazione di reti tra settori diversi della sanità e altri stakeholder

PL12_OT04 Sviluppare iniziative di comunicazione finalizzate ad aumentare l'empowerment degli operatori del setting sanitario e dei cittadini, per promuovere capacità di scelta e comportamenti favorevoli alla salute

AZIONE 12.3 Promozione stili di vita salutari in contesti opportunistici

PL12_OT01 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative

AZIONE 12.5 Promozione della salute in contesti territoriali deprivati

Descrizione delle attività prevista nel corso dell'anno

Collaborazione Alzheimer Caffè (Promemoria Caffè di Omegna e Caffè della Memoria di Verbania).

Si tratta di una serie di incontri rivolti a persone affette da demenza ed ai loro familiari. Nel corso di questi incontri vengono svolte attività di animazione/stimolazione cognitiva per favorire il coinvolgimento ed il benessere dei partecipanti ed iniziative specificatamente rivolte ai familiari come incontri su temi relativi alla malattia di Alzheimer, incontri di mutuo-aiuto o rilassamento.

Obiettivo è permettere di vivere dei momenti piacevoli in compagnia, esprimere le competenze presenti ancora nei malati e favorire la socializzazione; aiutare i familiari a prevenire/gestire lo stress legato alla malattia e ad acquisire maggiori competenze per affrontare le situazioni problematiche del quotidiano

L'iniziativa vede la collaborazione della SOSD di Geriatria con il CISS Verbano per il Caffè della Memoria ed il CISS Cusio per il Promemoria Caffè, l'AFA (Associazione Familiari Alzheimer); collaborano altre associazioni del territorio (come Prosenectute, Vita Vitalis), gli studenti del Corso Socio-sanitario dell'Istituto di Istruzione superiore Dalla Chiesa-Spinelli di Omegna, l'Opera Pia di Cannobio e diversi volontari.

Attori coinvolti e ruolo

Medici della SOSD Geriatria (valutano durante le visite ambulatoriali le persone che potrebbero beneficiare dell'iniziativa, propongono e segnalano il caso ai responsabili dei Caffè; un geriatra della SOSD collabora alla programmazione delle attività e dell'organizzazione; organizza e conduce incontri di formazione per i caregiver); CISS con i suoi Assistenti sociali organizzatori e gestori dell'iniziativa, un assistente sociale partecipa agli incontri, mantiene relazione con i familiari, fornisce loro informazione sui servizi del territorio); psicologo (collabora nella conduzione /organizzazione degli incontri, accoglie i familiari, relazioni con i familiari, gruppi di mutuo-aiuto); Operatore Sociosanitario dei CISS (supporto nella relazione e nei bisogni dei partecipanti, eventuale accompagnamento; volontari (collaborano alla realizzazione delle attività, alcuni svolgono attività di animazione, stimolazione). Altri esperti (possono essere coinvolti per la realizzazione di specifiche attività o per formazione dei familiari).

Indicatore:

partecipazione di medico della Geriatria ad almeno 1 incontro al mese durante i periodi di apertura del Caffè (pausa attività: luglio; agosto).

La sopradde data attività è collegata ai seguenti obiettivi:

PL12_OT03 Creazione di reti tra settori diversi della sanità e altri stakeholder

PL12_OT02 Formazione al counselling motivazionale di cui al progetto CCM "Sostenere il cambiamento: la formazione a distanza a supporto delle competenze dei professionisti che operano per la promozione di stili di vita favorevoli la salute"

PL12_OT04 Sviluppare iniziative di comunicazione finalizzate ad aumentare l'empowerment degli operatori del setting sanitario e dei cittadini, per promuovere capacità di scelta e comportamenti favorevoli alla salute.

Semestralmente verrà inviata reportistica ai MMG sui pazienti effettivamente presi in carico

I MMG devono sapere quali e quanti siano i pazienti da loro seguiti all'interno del Piano locale cronicità. Ne consegue che appare indispensabile dotarsi di due sistemi di monitoraggio:

- una rilevazione sui pazienti potenzialmente arruolabili (banca dati fornita dal Distretto)
- monitoraggio dei pazienti arruolati nel PLC aggregati per MMG

Per la gestione dei pazienti cronici, l'ASL si è dotata di un modulo software attivato sul Portale dei Medici di Medicina Generale (ECWMED, attualmente in uso da parte dei MMG per la gestione del Diabete, delle Vaccinazioni, delle cure domiciliari e della Guardia Medica) che sarà implementato con le funzioni necessarie al PLC. Questo sistema informativo è in grado non solo di pianificare l'erogazione delle cure all'interno del PLC, ma di effettuare il monitoraggio dei PSDTA e delle prestazioni socio-sanitarie, la sincronizzazione delle azioni degli operatori che a qualsiasi titolo sono coinvolti nei percorsi, il monitoraggio dello svolgimento dei percorsi attraverso strumenti di misurazione adeguati, la condivisione di informazioni indispensabili per valutare la struttura dal punto di vista dei risultati di efficienza e di salute.

Lo scopo non è quello di fare un "controllo" ma di restituire al medico curante e agli operatori come e quanti sono i pazienti che sono seguiti.

Questi dati, una volta che un paziente è arruolato nel PSDTA previsto dal PCP, saranno elaborati dalla suddetta piattaforma e semestralmente verrà prodotto un'analisi con il monitoraggio di quanti e quali pazienti, tra quelli arruolati dal MMG, stanno seguendo il PLC.

Questo sistema informativo territoriale è in grado di effettuare un monitoraggio efficace per valutare:

- l'accessibilità ai servizi e i tempi di attesa;
- i "percorsi" dei pazienti nei diversi setting, con approfondimenti per gli specifici PSDTA (Malattia renale cronica, scompenso, malattia di Parkinson e BPCO) con i relativi contributi erogati da parte dei diversi attori assistenziali che interagiscono nei PSDTA integrati;
- la qualità e l'appropriatezza;
- la customer satisfaction con l'utilizzo di strumenti appropriati;
- gli esiti;
- la corretta erogazione dei LEA;
- l'impatto delle variazioni di consumi/spesa anche in setting non direttamente coinvolti (es. ricoveri ospedalieri, pronto soccorso, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, protesica, inserimenti in RSA ecc.).

Il sistema informativo deve consentire, inoltre, attraverso degli alert di valutare e monitorare la presenza di scostamenti rispetto alle procedure previste dai PSDTA (sempre possibili purché motivati).

Dall'insieme di tali informazioni sarà possibile valutare l'offerta di servizi, l'integrazione, l'appropriatezza, la spesa, l'erogazione dei LEA.

Il sistema adottato verrà gestito con la possibilità di evoluzioni sulla scorta delle linee guida regionali attuali e future.

La Commissione Europea (febbraio 2014) ha definito l'assistenza primaria come un "sistema accessibile universalmente, centrato sulla Persona, che integri servizi sanitari e sociali, assicurati da team multiprofessionali e multidisciplinari, per fare fronte ai bisogni di salute dei cittadini in partnership tra i pazienti e i loro caregiver in un contesto familiare o di comunità garantendo il coordinamento e la continuità delle cure". Ne consegue che anche la comunicazione deve seguire medesima logiche.

Ogni cittadino ha diritto di essere informato rispetto all'offerta sanitarie erogata nella sua ASL e alle modalità cui accedere.

Una comunicazione corretta non può e non deve essere mirata solo a coloro che gestiscono l'offerta ma anche, anzi soprattutto, a coloro che generano la domanda cioè i cittadini-utenti.

Qualsiasi piano di comunicazione deve infatti saper valutare e utilizzare le potenzialità che in questo ambito la tecnologia mette a disposizione poiché quanto più la comunicazione è capillare tanto più è in grado di raggiungere un numero più ampio di popolazione target.

Il piano di formazione nell'ASI VCO sarà articolato sui seguenti punti:

- 1) comunicazione attraverso il sito istituzionale www.aslvco.it
- 2) comunicazione agli attori del sistema (MMG, PLS, IFeC, CISS, Volontariato)
- 3) stampa di una breve nota informativa cartacea (pieghevole)

Queste informazioni dovranno prevedere il coinvolgimento diretto dell'assistito e dei portatori di interesse nel processo di cura. Quest'ultimi, insieme ai MMG, spesso sono gli unici riferimenti per un paziente affetto da malattia cronica. E' fondamentale avere la consapevolezza che ogni cittadino-utente deve contribuire attivamente sia alla prevenzione sia all'assistenza stessa, essendo egli parte attiva del processo assistenziale.

Rimane immutato il concetto chiave "fare assistenza di base assieme" – questa è la chiave per il rafforzamento del ruolo del paziente e dei suoi familiari nella salvaguardia della propria salute e, d'altro canto, per un maggiore coinvolgimento del paziente nell'assistenza. Così si instaura una relazione da pari a pari tra il paziente e il rappresentante dell'istituzione incaricata all'assistenza, ovvero l'Azienda sanitaria.

I canali di comunicazione sono quelli classici ovvero :

- Presentazione del Piano Locale delle Cronicità in una conferenza stampa e redazione di un comunicato stampa (avvio della campagna);
- Produzione di un volantino con le informazioni base sul tema;
- Creazione di una sezione sul sito internet www.aslvco.it con il titolo "Curi-amoci" contenente le informazioni base sul PLC;
- Pubblicare comunicati stampa sul tema cronicità nella sezione "Lavorare informati" di www.aslvco.it;
- Post periodici sul sito facebook dell'Azienda sanitaria.
- Incontri informativi rivolti alle associazioni di volontariato e ai cittadini

UN PIANO CRONICITA' IN AMBITO GERIATRICO

La condizione di polipatologie nell'anziano fragile (in particolare quelle di tipo osteoarticolare e neurodegenerativo) confluiscono nelle grandi sindromi psicogeriatriche quali la s. ipocinetica e la s. demenziale, di fatto le più frequenti cause di disabilità. Ciò determina un incremento dei bisogni nelle fasce di intensità/complessità assistenziale e sanitaria per sempre più lunghi periodi in considerazione del prolungamento dell'attesa di vita guadagnata, ma in percentuale sempre più consistente non priva di malattia e disabilità. Il livello di compromissione cognitiva e funzionale condiziona anche i costi dell'assistenza indipendentemente dalle comorbidità associate; a questo si associano i fattori di rischio sociale (JAMA Internal Medicine 2018; 178(11):1489-1497; Kenton J. Johnston). I PSDTA multipli non potranno pertanto riguardare le singole patologie ma dovranno prevedere un modello applicativo/operativo che definisca il Piano di Cura Individuale basato sui bisogni correlati a compromissione dell'autonomia cognitiva e comportamentale/funzionale e motoria.

L'approccio orientato alla multimorbidità (MM) deve considerare:

- 1) interazioni tra patologie/condizioni o relativi trattamenti e loro impatto sulla qualità di vita;
- 2) benefici e rischi delle raccomandazioni cliniche di linee guida sviluppate per singole patologie;
- 3) bisogni del paziente, preferenze per le opzioni terapeutiche, priorità di salute, stili di vita e obiettivi personali;
- 4) migliorare la qualità di vita riducendo l'impatto dei trattamenti, gli eventi avversi e gli interventi sanitari non programmati;
- 5) migliorare il coordinamento dell'assistenza tra i servizi.

MACRO ATTIVITA'

- 1 – Individuazione precoce pazienti comorbidi/vulnerabili
- 2 – Terapia farmacologica nel rispetto delle linee guida
- 3 – Mantenimento di sufficiente stato di funzionamento e stadiazione dei bisogni per favorire autonomia residua e massimo livello di partecipazione sociale

OBIETTIVI GENERALI

- 1 – Stratificare precocemente i soggetti afferenti a più di 2 PSDTA (gestionale MMG) e con vulnerabilità funzionale/sociale (BRASS)
- 2 – Migliorare l'aderenza al trattamento (consenso), verificando anche le interazioni tra farmaci e semplificando la prescrizione
- 3 – Implementare la gestione integrata tra territorio e ospedale e fra specialisti e MMG

OBIETTIVI SPECIFICI

- 1 – Promuovere programmi formativi sui criteri diagnostici per i sanitari delle cure primarie, per favorire le diagnosi precoci e la fruizione dei servizi (es. come in atto per BPCO/MRC/Diabete/Demenza – Rete dei Servizi)
- 2 – Adottare/implementare percorsi clinici validati per migliorare il follow up (es ambulatorio Diabetologia/Nefrologia; Centri Disturbi Cognitivi e Demenze CDCD per gestione patologie neurodegenerative e psichiatriche dell'età senile)
- 3 – Favorire/implementare la comunicazione tra NOCC/NDCC/CDS/UMVD e UVG (ospedale come momento di probabile passaggio in un contesto di diversa stadiazione clinica e funzionale; alert su rete informativa informatica PHI/ integrazione Ospedale e Territorio))

- 4 – Promuovere l’empowerment dei pazienti e dei professionisti per migliorare l’aderenza al trattamento (corsi di formazione, partecipazione attiva delle associazioni dei familiari alle attività ambulatoriali e ai percorsi ospedalieri, auto mutuo-aiuto, ecc)
- 5 – Agevolare l’accesso ai servizi migliorando l’informazione (opuscoli, PUA-CDS, partecipazione attiva dei CISS alle attività ambulatoriali e ai percorsi ospedalieri – Assistenti Sociali Aziendali, come ad es c/o CDCD di Omegna)
- 6 – Adottare protocolli per la gestione integrata oltre il singolo PSDTA (agende dedicate per il follow up attivo per facilitare controlli evitando dispersioni)
- 7 – Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato, sui diversi livelli di intensità, finanche quello estensivo con possibilità di periodici ricoveri temporanei in strutture di Continuità Assistenziale/Ospedale di Comunità (anche dal domicilio dopo valutazione Fisiatrica/Geriatica)

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

- 1 – Migliorare l’informazione dei MMG e la collaborazione con gli specialisti (in particolare Geriatri, possibilmente attivando gli ambulatori di I livello presso le Case di Comunità), volti a favorire la identificazione della disfunzione multi organo il più precocemente possibile
- 2 – Diffondere fra i professionisti l’aderenza ai PSDTA multipli per migliorare l’aderenza terapeutica/prescrittiva sia farmacologica che non farmacologica (es implementare interventi nutrizionali specifici)
- 3 – Favorire la creazione e/o l’implementazione di registri di patologie specifiche (es demenze) e multiple
- 4 – Promuovere l’applicazione di PSDTA regionali che favoriscano la standardizzazione dell’offerta di salute, riducano le differenze territoriali e consentano la diagnosi entro 6 mesi dalla comparsa dei primi sintomi (es Rete Oncologica, CDCD)
- 5 – Promuovere un miglior collegamento tra ospedale e territorio, tramite la costituzione di reti assistenziali integrate che favoriscano un approccio personalizzato e interdisciplinare, tenendo anche conto della necessità di percorsi agevolati per la non autosufficienza (es team specialistici al domicilio nelle fasi più avanzate di pluripatologia/ ADI Geriatrico in collaborazione con i CISS previa valutazione UVG – Progetti Assistenziali Domiciliari/Fondo per la Non Autosufficienza – DGR 13.11.2020 n 3-2257).
- 6 – Favorire la semplificazione della prescrizione (eventualmente anche in tele monitoraggio per pazienti stabilizzati in terapie croniche) e della dispensazione; valutare da parte delle farmacie territoriali e ospedaliere l’aderenza ai Piani Terapeutici e le possibili interferenze in condizioni di poli farmacoterapia e favorire la ricognizione e la riconciliazione farmacologica in ogni setting di cura; prevedere e sperimentare la possibilità di effettuazione di semplici test laboratoristici presso le farmacie per il monitoraggio degli effetti/effetti collaterali di farmaci (es urine per glicosuria- ematuria/ metaboliti delle BZD, DGN, INR, creatinina, elettroliti, ecc)
- 7 – Piano di Cura Individuale: Favorire la valutazione tempestiva del funzionamento della persona con polipatologie, con approccio multidimensionale e psicosociale (sulla scorta di quanto già in atto con l’Unità di Valutazione Geriatrica UVG e UMVD - superando la dicotomia disabilità/cronicità - sia territoriale sia ospedaliera, in collaborazione con i CISS – es già in atto: progetti di Cura Domiciliare, La Cura è di Casa, Assegni di Cura, Indennità di accompagnamento, PAI per inserimenti in RA/RSA/RSA Aperta/NAT), limitando i colli di bottiglia di pratiche burocratiche desuete e ridondanti (es dati economici desumibili in rete, modelli di domanda online, condivisione dati e cartelle informatizzate con Medicina Legale, segreteria UVG ecc; già dalla Geritria attivata e applicata nel periodo Covid la PO 14-GER 03 Procedura Operativa Televisita/Teleconsulto in ambito di Unità Valutativa Geriatrica Territoriale in condizioni emergenziali)

RISULTATI ATTESI

- Aumento del n° di soggetti in carico con polipatologie diagnosticate precocemente (entro 6 mesi dalla comparsa dei primi sintomi) parallelamente all'incremento della popolazione ultrasessantacinquenne
- Aumento del n° di professionisti coinvolti con l'aumento del n° dei PSDTA
- Aumento delle figure case-manager
- Attivazione Agende dedicate

INDICATORI

- % di popolazione con > 2 patologie diagnosticate precocemente
- % dei professionisti coinvolti nei PSDTA
- % dei case-manager
- Tempi di attesa visite di controllo/sul totale delle richieste

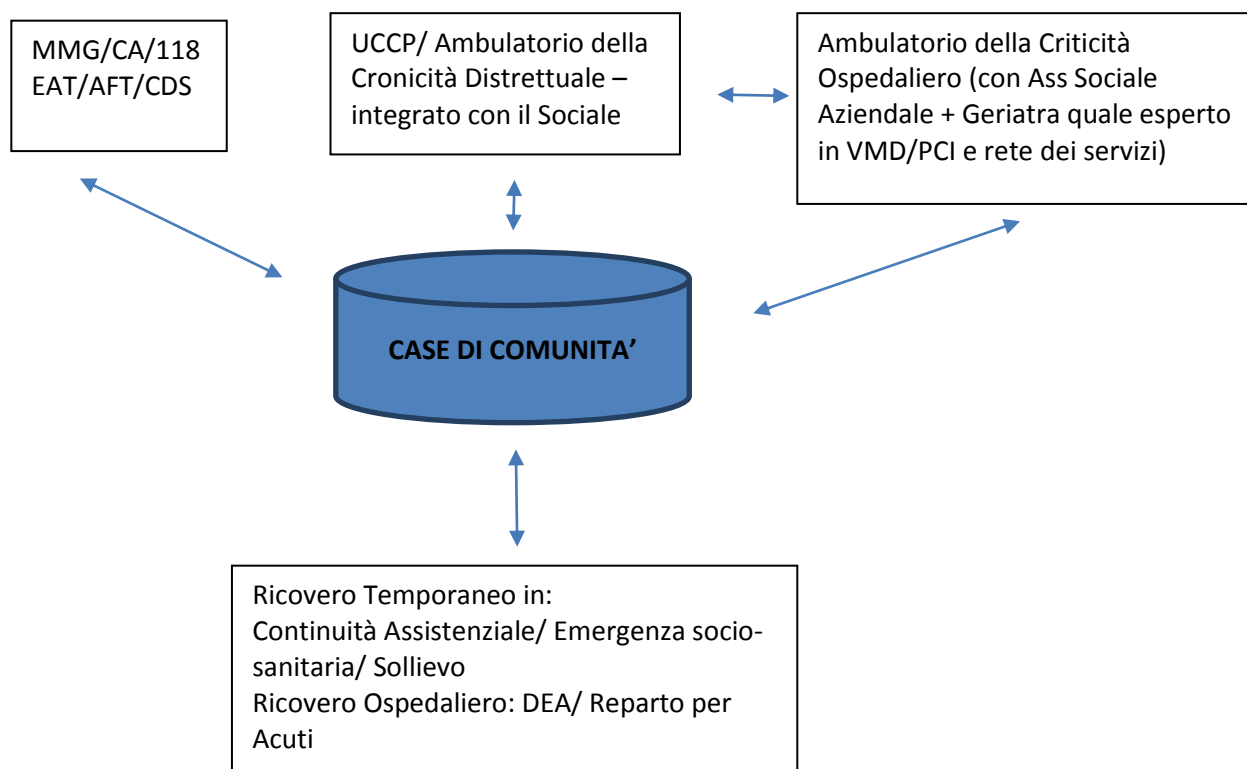
UN PIANO PREVENZIONE IN AMBITO GERIATRICO

Presso l'ASL VCO la SOSD Geriatria si occupa in particolare delle attività riguardanti l'osteoporosi (oltre alle altre Specialità quali la Medicina, Reumatologia, Ortopedia, Fisiatria) con ambulatori dedicati, anche per le fasce di età più giovanile e per interventi mirati alla prevenzione (stili di vita, diete, attività motoria), e delle attività riguardanti la demenza (oltre alla Neurologia e Psichiatria - CDCD) in particolare per la presa in carico della persona e del suo nucleo familiare in tutto il decorso della malattia (in collaborazione con i CISS, reti di Volontariato e Associazioni dei Familiari dei Malati di Alzheimer, strutture territoriali RSA, Caffè Alzheimer con Corsi di Stimolazione Cognitiva) a scopo di prevenzione primaria, secondaria e terziaria (con la possibilità di effettuare anche visite a domicilio).

(Cfr. Progetti: Caffè Alzheimer; Passeggiate Brevi; Osteoporosi).

Profilo di Cura ad alta integrazione: il raccordo Territorio-Ospedale-Territorio

Filtro in ingresso in Ospedale



Filtro di uscita da Ospedale

NOCC/ NDCC



COT + UVG/UMVD



OSPEDALE DI COMUNITA'

IL RITORNO AL DOMICILIO

- Dimissione “Assistita”: team Specialistici ambulatoriali/domiciliari (sec patologia specifica prevalente) e/o consulenza Geriatrica – AGENDA DEDICATA (criticità: insufficienza di Specialisti); attivazione Infermiere/ Farmacia di Comunità
- Dimissione “Protetta”:

SID/ADI

- Valutazione Specialistica: Fisiatrice – ADI Riabilitativo/ Ricovero Riabilitativo
Geriatrica – ADI/ CA ex DGR 72/ CAVS/ LD
Palliativistica – ADI UOCP/ Hospice

Un team multidisciplinare/ NDCC per la presa in carico territoriale del pz in dimissione protetta, che partendo dalla VMD già effettuata in Ospedale:

- consenta il rapido rientro al domicilio da strutture di ricovero temporaneo ottimizzando compenso clinico/ funzionale/ socio-assistenziale
- avvii tempestivamente procedure per ricoveri a tempo indeterminato in RSA e/o utilizzo adeguato dei supporti di rete

ATTORI:

Geriatra/ Medico Tutor Ospedaliero
Medico di Distretto/ Medico Tutor Territoriale
Fisiatra/ Palliativista – altro Specialista laddove necessario

Infermiera di Distretto - NDCC/ di Comunità/ Case Manager
Assistente Sociale Aziendale/CISS

RISULTATI PRODOTTI:

n° prese in carico a livello territoriale

STRUMENTI:

cartella UVG territoriale (già articolata con i vari progetti di cura/assistenza – PAI/PCP con relativa definizione della fascia di intensità/complessità assistenziale) criticità: da informatizzare
Telemonitoraggio/ Teleconsulto/ Televisita
programma informativo H-Territorio

SINTESI

OBIETTIVO ORGANIZZATIVO AZIENDALE

- NOCC/NDCC con evoluzione in COT
- UVG/UMVD
- Residenzialità/ Semiresidenzialità/ Domiciliarità
- Livello ambulatoriale I presso le Case di Comunità, II presso l'Ospedale (in particolare per la Geriatria – presa in carico sec il modello della Cronicità/ case manager e agende dedicate)
- Post-acuzie/ Ospedale di Comunità (che include anche il CAVS Neuropsichiatrico mai attivato nella nostra ASL)
- Rapporto diretto e condiviso con CSM, Medicina Legale, SERD

Allegato 1: Documento aziendale sulla Funzione infermieristica per la cronicità
(punto D2 voce Infermieri di Famiglia e Comunità, Programmazione cronicità 2022)

L'assistenza infermieristica di famiglia e di comunità si basa sull' approccio della *Family Health Nurse* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità WHO (2000) e del *Family Systems Nursing* di Wright e Leahey (2009).

Si tratta di un approccio sistemico che oltre ai bisogni assistenziali delle persone assistite coglie anche quelli dei familiari, avendo come obiettivi la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, il miglioramento della gestione dei sintomi, la riduzione del carico assistenziale dei familiari o di chi contribuisce all'assistenza.

Con il PNRR, il Consiglio dei Ministri ha adottato la delibera che recepisce il "DM 71" "*Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*".

Il DM 71 dedica uno specifico capitolo all' Infermiere di Famiglia o (e) Comunità:

"L'Infermiere di Famiglia e Comunità è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'infermiere di comunità interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'infermiere di comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari e sociosanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute.

Il modello organizzativo territoriale dell'ASL VCO prevede l'inserimento dell'IFeC nei PSDTA in ambito domiciliare e a livello ambulatoriale per i cittadini che sono in grado di deambulare.

L'IFeC si occupa di un gruppo predefinito di popolazione, ponendo attenzione al singolo nel suo ambiente di vita, famiglia e comunità; mantiene e se possibile migliora, lo stato di salute dei singoli cittadini, dei nuclei familiari e/o delle comunità individuando i fattori di rischio comportamentali, culturali e ambientali, agendo sugli stili di vita, valutando i fattori socio economici che possono influire sullo stato di salute inteso come equilibrio dinamico influenzato da ciò che ci circonda.

L'IFeC ha competenze nell'orientamento per la fruizione e per l'accesso ai servizi offerti dal servizio sanitario, ed è attivatore delle reti formali ed informali (reti comunitarie) e delle risorse presenti sul territorio.

Collabora quindi con tutte le figure, sanitarie e sociali, presenti nel percorso a disposizione dei cittadini, assicurando la presa in carico e svolgendo l'attività di case manager.

Organizza interventi informativi ed educativi individuali o di gruppo, con lo scopo di attivare le risorse individuali dei cittadini.

La finalità è favorire la promozione e il mantenimento della salute della persona, attraverso il rafforzamento della sua autonomia decisionale e alla capacità di anticipare la lettura dei bisogni ancora inespressi con l'obiettivo di accompagnare il cittadino nel suo percorso di riappropriazione del proprio progetto di salute e di vita.

Allegato 2: Prospettive di sviluppo del Piano Locale Cronicità per il 2023

Ipotesi di percorsi per il cittadino con patologie croniche.

Un piano cronicità in ambito geriatrico

(a cura della Dr.ssa Loredana Seccia, sostituta Responsabile SOSD Geriatria)

Le condizioni di polipatologie nell'anziano fragile (in particolare quelle di tipo osteoarticolare e neurodegenerativo) confluiscono nelle grandi sindromi psicogeriatriche quali la s. ipocinetica e la s. demenziale, di fatto le più frequenti cause di disabilità, di incremento dei bisogni e delle fasce di intensità/complessità assistenziale e sanitaria, per sempre più lunghi periodi in considerazione del prolungamento dell'attesa di vita guadagnata, ma in percentuale sempre più consistente non priva di malattia e disabilità. Il livello di compromissione cognitiva e funzionale condiziona i costi dell'assistenza indipendentemente dalle comorbidità associate; a questo si associano i fattori di rischio sociale (JAMA Internal Medicine 2018; 178(11):1489-1497; Kenton J. Johnston). I PDTA multipli non potranno pertanto riguardare le singole patologie ma dovranno prevedere un modello applicativo/operativo che definisca il Piano di Cura Individuale basato sui bisogni correlati a compromissione dell'autonomia cognitiva e comportamentale/funzionale e motoria.

L'approccio orientato alla multimorbidità (MM) deve considerare:

- 1) interazioni tra patologie/condizioni o relativi trattamenti e loro impatto sulla qualità di vita;
- 2) benefici e rischi delle raccomandazioni cliniche di linee guida sviluppate per singole patologie;
- 3) bisogni del paziente, preferenze per le opzioni terapeutiche, priorità di salute, stili di vita e obiettivi personali;
- 4) migliorare la qualità di vita riducendo l'impatto dei trattamenti, gli eventi avversi e gli interventi sanitari non programmati;
- 5) migliorare il coordinamento dell'assistenza tra i servizi (www.evidence.it ott 2016, vol 8; Antonino Cartabellotta).

MACRO ATTIVITA'

- 1 – Individuazione precoce pazienti comorbidi/vulnerabili
- 2 – Terapia farmacologica nel rispetto delle linee guida
- 3 – Mantenimento di sufficiente stato di funzionamento e stadiazione dei bisogni per favorire autonomia residua e massimo livello di partecipazione sociale

OBIETTIVI GENERALI

- 1 – Stratificare precocemente i soggetti afferenti a più di 2 PDTA (gestionale MMG) e con vulnerabilità funzionale/sociale (BRASS)
- 2 – Migliorare l'aderenza al trattamento (consenso), verificando anche le interazioni tra farmaci e semplificando la prescrizione
- 3 – Implementare la gestione integrata tra territorio e ospedale e fra specialisti e MMG

OBIETTIVI SPECIFICI

- 1 – Promuovere programmi formativi sui criteri diagnostici per i sanitari delle cure primarie, per favorire le diagnosi precoci e la fruizione dei servizi (es come in atto per BPCO/IRC/Diabete/Demenza – Rete dei Servizi).

- 2 – Adottare/implementare percorsi clinici validati per migliorare il follow up (es ambulatorio Diabetologia/Nefrologia; Centri Disturbi Cognitivi e Demenze CDCD per cogestione patologie neurodegenerative e psichiatriche dell'età senile)
- 3 – Favorire/implementare la comunicazione tra NOCC/NDCC/CDS/UMVD e UVG (ospedale come momento di probabile passaggio in un contesto di diversa stadiazione clinica e funzionale; alert su rete informativa informatica PHI/ integrazione Osp e Territorio))
- 4 – Promuovere l'empowerment dei pazienti e dei professionisti per migliorare l'aderenza al trattamento (corsi di formazione, partecipazione attiva delle associazioni dei familiari alle attività ambulatoriali e ai percorsi ospedalieri, auto mutuo-aiuto, ecc)
- 5 – Agevolare l'accesso ai servizi migliorando l'informazione (opuscoli, PUA-CDS, partecipazione attiva dei CISS alle attività ambulatoriali e ai percorsi ospedalieri – Assistenti Sociali Aziendali, come ad es c/o CDCD di Omegna)
- 6 – Adottare protocolli per la gestione integrata oltre il singolo PDTA (agende dedicate per il follow up attivo per facilitare controlli multipli evitando dispersioni)
- 7 – Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato, sui diversi livelli di intensità, fin'anche quello estensivo con possibilità di periodici ricoveri temporanei in strutture di Continuità Assistenziale/Ospedale di Comunità (anche dal domicilio dopo val Fisiatria/Geriatria)

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

- 1 – Migliorare la formazione dei MMG e la collaborazione con gli specialisti (in particolare Geriatri, possibilmente attivando gli ambulatori di I livello presso le Case di Comunità), volti a favorire la identificazione della disfunzione multiorgano il più precocemente possibile
- 2 – Diffondere fra i professionisti l'aderenza ai PDTA multipli per migliorare l'aderenza terapeutica/prescrittiva sia farmacologica che non farmacologica (es implementare interventi nutrizionali specifici)
- 3 – Favorire la creazione e/o l'implementazione di registri di patologie specifiche (es demenze) e multiple
- 4 – Promuovere l'applicazione di PDTA nazionali che favoriscano la standardizzazione dell'offerta di salute, riducano le differenze territoriali e consentano la diagnosi entro 6 mesi dalla comparsa dei primi sintomi (es Rete Oncologica, CDCD)
- 5 – Promuovere un miglior collegamento tra ospedale e territorio, tramite la costituzione di reti assistenziali integrate che favoriscano un approccio personalizzato e interdisciplinare, tenendo anche conto della necessità di percorsi agevolati per la non autosufficienza (es team specialistici al domicilio nelle fasi più avanzate di pluripatologia/ ADI Geriatrico in collaborazione con i CISS 2 previa valutazione UVG – Progetti Assistenziali Domiciliari/Fondo per la Non Autosufficienza – DGR 13.11.2020 n 3-2257)
- 6 – Favorire la semplificazione della prescrizione (eventualmente anche in telemonitoraggio per pz stabilizzati in ter croniche) e della dispensazione; valutare da parte delle farmacie territoriali e ospedaliere l'aderenza ai PT e le possibili interferenze in condizioni di polifarmacoterapia e favorire la ricognizione e la riconciliazione farmacologica in ogni setting di cura; prevedere e sperimentare la possibilità di effettuazione di semplici test laboratoristici presso le farmacie per il monitoraggio degli effetti/effetti collaterali di farmaci (es urine per glicosuria-ematuria/ metaboliti delle BZD, DGN, INR, creatinina, elettroliti, ecc)
- 7 – Piano di Cura Individuale: Favorire la valutazione tempestiva del funzionamento della persona con polipatologie, con approccio multidimensionale e psicosociale (sulla scorta di quanto già in atto con l'Unità di Valutazione Geriatrica UVG e UMVD - superando la dicotomia disabilità/cronicità - sia territoriale sia ospedaliera, in collaborazione con i CISS – es già in atto: progetti di Cura Domiciliare, La Cura è di Casa, Assegni di Cura, Indennità di accompagnamento,

PAI per inserimenti in RA/RSA/RSA Aperta/NAT), limitando i colli di bottiglia di pratiche burocratiche desuete e ridondanti (es dati economici desumibili in rete, modelli di domanda online, condivisione dati e cartelle informatizzate con Medicina Legale, segreteria UVG ecc; già dalla Geritria attivata e applicata nel periodo Covid la PO 14-GER 03 Procedura Operativa Televisita/Teleconsulto in ambito di Unità Valutativa Geriatrica Territoriale in condizioni emergenziali)

RISULTATI ATTESI

- Aumento del n° di soggetti con polipatologie diagnosticate precocemente (entro 6 mesi dalla comparsa dei primi sintomi) parallelamente all'incremento della popolazione ultrasessantacinquenne
- Aumento del n° di professionisti coinvolti con l'aumento del n° dei PDTA
- Aumento delle figure case-manager
- Attivazione Agende dedicate
-

INDICATORI

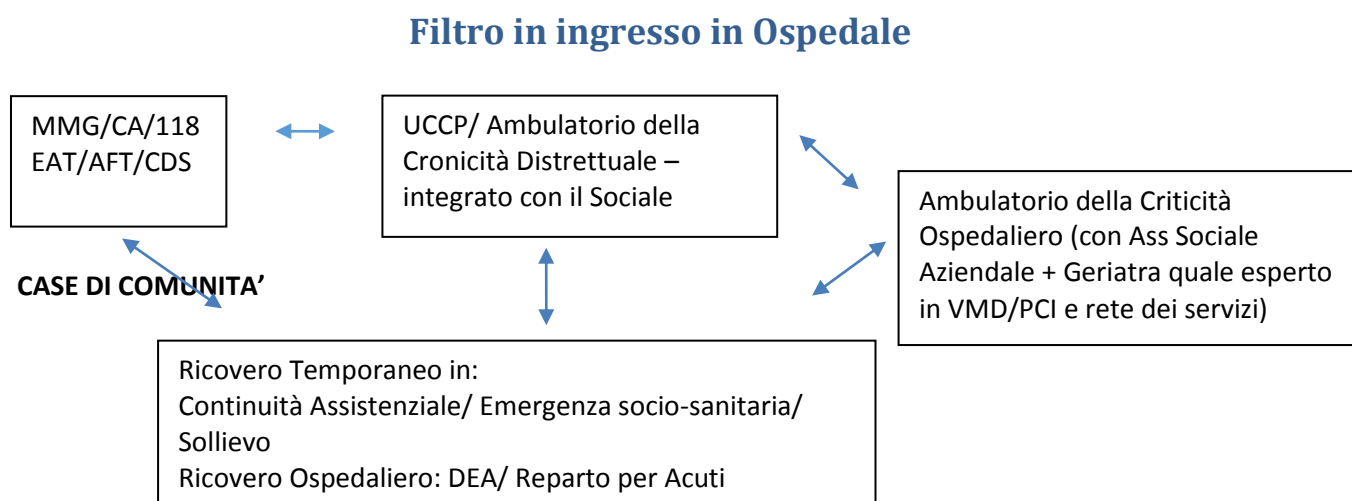
- % di popolazione con > 2 patologie diagnosticate precocemente
- % dei professionisti coinvolti nei PDTA
- % dei case-manager
- Tempi di attesa visite di controllo

UN PIANO PREVENZIONE IN AMBITO GERIATRICO

Presso l'ASL VCO la SOSD Geriatria si occupa in particolare delle attività riguardanti l'osteoporosi (oltre alle altre Specialità quali la Medicina, Reumatologia, Ortopedia, Fisiatria) con ambulatori dedicati, anche per le fasce di età più giovanile e per interventi mirati alla prevenzione (stili di vita, diete, attività motoria), e delle attività riguardanti la demenza (oltre alla Neurologia e Psichiatria - CDCD) in particolare per la presa in carico della persona e del suo nucleo familiare in tutto il 3 decorso della malattia (in collaborazione con i CISS, reti di Volontariato e Associazioni dei Familiari dei Malati di Alzheimer, strutture territoriali RSA, Caffè Alzheimer con Corsi di Stimolazione Cognitiva) a scopo di prevenzione primaria, secondaria e terziaria (con la possibilità di effettuare anche visite a domicilio).

(Cfr. Progetti: Caffè Alzheimer; Passeggiate Brevi; Osteoporosi).

Profilo di Cura ad alta integrazione: il raccordo Territorio-Ospedale-Territorio



Filtro di uscita da Ospedale



NOCC/ NDCC

COT + UVG/UMVD

OSPEDALE DI COMUNITA'

IL RITORNO AL DOMICILIO

- Dimissione "Assistita": team Specialistici ambulatoriali/domiciliari (sec patologia specifica prevalente) e/o consul Geriatrica – AGENDA DEDICATA (criticità: insuff Specialisti); attivazione Infermiere/ Farmacia di Comunità
- Dimissione "Protetta":
SID/ADI
Valutazione Specialistica: Fisiatrica – ADI Riabilitativo/ Ricovero Riabilitativo
Geriatrica – ADI Geriatrico (???) / CA ex DGR 72/ CAVS/ LD
Palliativistica – ADI UOCP/ Hospice

4

Un team multidisciplinare/ NDCC per la presa in carico territoriale del pz in dimissione protetta, che partendo dalla VMD già effettuata in Ospedale:

- consenta il rapido rientro al domicilio da strutture di ricovero temporaneo ottimizzando compenso clinico/ funzionale/ socio-assistenziale
- avvii tempestivamente procedure per ricoveri a tempo indeterminato in RSA e/o utilizzo adeguato dei supporti di rete

ATTORI:

- Geriatra/ Medico Tutor Ospedaliero
- Medico di Distretto/ Medico Tutor Territoriale
- Fisiatra/ Palliativista – altro Spec laddove necessario
- Infermiera di Distretto - NDCC/ di Comunità/ Case Manager
- Assistente Sociale Aziendale/CISS

PRODOTTI:

- n° prese in carico territoriali"

STRUMENTI:

- cartella UVG territoriale (già articolata con i vari progetti di cura/assistenza – PAI/PCP con relativa definizione della fascia di intensità/complessità assistenziale) criticità: da informatizzare
- Telemonitoraggio/ Teleconsulto/ Televisita
- programma informativo H-Territorio

SINTESI

OBIETTIVO ORGANIZZATIVO AZIENDALE

- NOCC/NDCC con evoluzione in COT
 - UVG/UMVD
 - Residenzialità/ Semiresidenzialità/ Domiciliarità
- 5
- Livello ambulatoriale I presso le Case di Comunità, II presso l'Ospedale (in particolare per la Geriatria – presa in carico secondo il modello della Cronicità/ case manager e agende dedicate)
 - Post-acuzie/ Ospedale di Comunità (che include anche il CAVS Neuropsichiatrico mai attivato nella nostra ASL)
 - Rapporto diretto e condiviso con CSM, Medicina Legale, SERD
 -