

29 DICEMBRE 2015

PAT DISTRETTO UNICO ASL VCO (D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015)

PREMESSA

L'Azienda Sanitaria Locale del Verbano Cusio Ossola di seguito denominata ASL VCO comprende i 77 Comuni della Provincia del VCO più 7 Comuni della Provincia di Novara. Con il Nuovo Atto Aziendale, in linea con quanto previsto dalla DGR 16-1653 del 29 giugno 2015, l'ASL VCO ha operato la scelta di unificare il territorio in un unico Distretto al fine di favorire il ruolo "forte" del Distretto così come declinato nella succitata DGR. Nel territorio dell'ASL VCO operano 3 Consorzi dei Servizi Socio-Assistenziali che fanno riferimento al Verbano, al Cusio e all'Ossola.

Il Programma delle Attività Territoriali (PAT) è il documento cardine su cui si fonda la programmazione delle attività distrettuali e rappresenta il frutto di un lavoro lungo e complesso che ha visto il confronto, a partire dal mese di luglio 2015, dell'Azienda con tutti gli attori che intervengono a diverso titolo nel determinare i fattori di salute della popolazione.

In primo luogo gli Amministratori locali: a tal fine sono stati costituiti i Comitati dei Sindaci di Distretto mantenendo l'originaria suddivisione dei Distretti del Cusio, del Verbano e dell'Ossola che potremo definire nel nuovo assetto organizzativo "Aree Territoriali Omogenee" (ATO).

Gli incontri hanno coinvolto anche i Consorzi dei Servizi Sociali, le RSA, i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, i Medici di Continuità Assistenziale, gli Specialisti Ambulatoriali, il Personale Infermieristico dell'ASL, le Farmacie Convenzionate, le Associazioni di Volontariato e il Gruppo per la Sperimentazione delle Rete Assistenziale Territoriale VCO, promosso dalla Regione Piemonte.



A tutti è stato presentato il contesto demografico ed epidemiologico del territorio, l'analisi del fabbisogno di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, le linee di indirizzo del nuovo assetto organizzativo. Per definire le Aree di intervento prioritario è stato richiesto ai Sindaci di indicare nell'ambito di cinquanta possibili interventi quali fossero le cinque priorità che loro ritenevano dovessero essere affrontate nel prossimo triennio. A tutti gli altri soggetti è stato chiesto di indicare la disponibilità e le modalità di intervento, ciascuno nell'ambito delle proprie attività, che nel nuovo assetto organizzativo dell'assistenza territoriale potessero esprimere concretamente il proprio ruolo.

Il Presente documento rappresenta, quindi, la sintesi del lavoro svolto in questi mesi di condivisione degli obiettivi e delle strategie di intervento, a cui hanno dato il loro apporto sia i professionisti e gli operatori del SSR, sia gli Amministratori Locali.

La DGR 26-1653 definisce il ruolo del Distretto nel modo seguente:

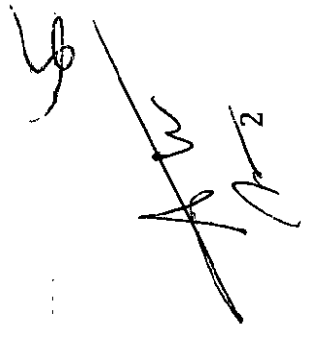
"Il Distretto, quale articolazione territoriale, organizzativa dell'A.S.L., svolge una funzione essenziale nella governance del sistema territoriale; quale garante della presa in carico e continuità nei percorsi di salute della popolazione, assicura l'espletamento delle funzioni e delle relative attività territoriali indicate dall'art. 3-quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., orientandole secondo gli obiettivi definiti nel P.S.S.R.

La suddetta normativa affida pertanto al Distretto, oltre ad una funzione di erogazione produttiva e di coordinamento della rete dei servizi, anche un funzione di garanzia e di "accompagnamento" nell'accesso dei servizi. Nell'ambito di tale funzione, il distretto ha il compito di valutare i bisogni di salute della popolazione di riferimento e di pianificarne le modalità di soddisfazione, anche attraverso un forte coinvolgimento degli Enti locali e del terzo settore."

1 ANALISI DEL CONTESTO

Elemento fondamentale è l'analisi di contesto, che comprende aspetti demografici, epidemiologici, ambientali, sociali, economici e organizzativi.

Densità per km quadrato

Handwritten signature and initials in the top right corner of the page.

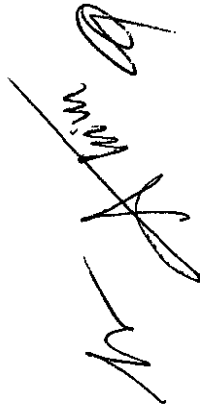
L'azienda presenta un'estensione territoriale di 2.332 km quadrati, per il 96% montani, con una densità media di 73 abitanti/kmq, e comprende 84 Comuni.

	Superficie terr./ km2	Densità abitanti/km2
Distretto Verbano	480,10	136
Distretto Cusio	272,63	154
Distretto Ossola	1.579,59	41
ASL V.C.O.	2.332,32	73

1.1 CONTESTO DEMOGRAFICO

Popolazione: distribuzione per genere, età, distretto

Sotto l'aspetto demografico la popolazione dell'ASL VCO si presenta come anziana e la percentuale di persone con età maggiore a 65 anni corrisponde al 22% della popolazione totale. L'indice di vecchiaia è pari a 212,9 rispetto ad un valore regionale di 189,6 e nazionale di 157,7. In questo contesto di allungamento della vita media si ha una crescita costante della prevalenza di patologie cronico degenerative.



POPOLAZIONE ALL'1.1.2015

Fonte: dati Istat all'1.1.2015

Distretto	POPOLAZIONE			Età 0-14			Età 15-64			Età 65-84			> 85		
	Totale	% Maschi	% Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine
Verbano	65.126	47,85	52,15	7.753	51,97	48,03	40.717	49,61	50,39	14.087	43,88	56,12	2.569	29,27	70,73
Cusio	41.952	48,31	51,69	5.281	50,52	49,48	26.350	50,25	49,75	8.781	44,93	55,07	1.540	26,75	73,25
Ossola	64.312	48,53	51,47	7.408	50,89	49,11	40.358	50,5	49,5	14.248	44,97	55,03	2.298	28,2	71,8
ASL VCO (*)	171.390	48,21	51,79	20.442	51,2	48,8	107.425	50,1	49,9	37.116	44,55	55,45	6.407	28,28	71,72

(*) compresi i Comuni della Provincia Novara che afferiscono all'ASL VCO

Regione Piemonte	4.424.467	48,37	51,63	570.868	51,49	48,51	2.771.059	49,86	50,14	923.575	45,11	54,89	158.965	30,29	69,71
Italia	60.795.612	48,53	51,47	8.383.122	51,45	48,55	39.191.416	49,78	50,22	11.288.679	44,97	55,03	1.930.395	31,13	68,87

[Handwritten signature]

Indicatori demografici

Popolazione: indicatori demografici		
	Tasso natalità (*)	Indice vecchiaia (**) Fonte: Istat 2015
Distretto		
Verbano	6,6	214,8
Cusio	7,7	195,4
Ossola	6,3	223,3
ASL VCO (compresi Comuni Provincia Novara affidenti all'ASL)	6,8 Istat 2015	212,9
Regione Piemonte	7,8 Istat 2014	189,6
Italia	8,3 Istat 2014	157,7
(*) – rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente moltiplicato per 1.000		
(**) – rapporto tra popolazione di 65 e più anni e popolazione di età compresa tra 0-14 anni moltiplicato per 100.		

Il tasso di natalità è più basso sia nei confronti della Regione sia nei confronti del dato nazionale, ne consegue che l'indice di vecchiaia è il più alto in particolare per quanto riguarda l'area dell'Ossola.

REDDITO MEDIO PRO CAPITE ASL VCO ANNO 2013
(Inserto La Stampa 11.5.2015)

DISTRETTO	Reddito	Popolazione	Reddito medio	N° Contribuenti	Reddito medio per contribuente
ARIZZANO	32.915.460	2.034	16.183	1.428	23.050
AURANO	1.148.862	104	11.047	89	12.909
BAVENO	76.454.297	4.989	15.325	3.735	20.470
BEE	9.704.228	748	12.974	508	19.103
BELGIRATE	10.722.719	549	19.531	369	29.059
BROVELLO	8.813.546	706	12.484	495	17.805
CAMBIASCA	21.908.638	1.662	13.182	1.176	18.630
CANNERO	11.091.021	1.004	11.047	879	12.618
CANNOBIO	42.040.492	5.139	8.181	3.184	13.204
CAPREZZO	2.178.355	168	12.966	124	17.567
CAVAGLIO	1.337.118	267	5.008	143	9.350
COSSOGNO	8.424.931	630	13.373	449	18.764
CURSOLO	597.281	99	6.033	81	7.374
FALMENTA	666.894	142	4.696	103	6.475
GHIFFA	38.177.990	2.416	15.802	1.830	20.862
GIGNESE	17.576.256	981	17.817	727	24.176
GURRO	1.104.960	235	4.702	163	6.779
INTRAGNA	1.191.148	110	10.829	80	14.889
MERGOZZO	31.870.281	2.244	14.202	1.622	19.649
MAZZINA	5.472.939	381	14.365	286	19.136
OGGEBBIO	9.553.761	880	10.857	698	13.687
PREMENO	10.785.251	752	14.342	540	19.973
SAN BERNARDINO	17.640.737	1.374	12.839	926	19.050
STRESA	88.745.126	5.002	17.742	3.808	23.305

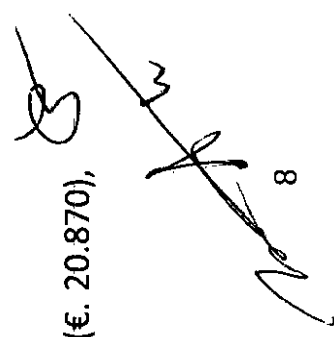
TRAREGO	3.388.873	392	8.645	337	10.056
VERBANIA	443.553.110	31.053	14.284	22.164	20.012
VIGNONE	19.038.515	1.193	15.959	840	22.665
DISTRETTO VERBANIA	916.102.789	65.254	14.039	46.784	19.582
AROLA	2.909.128	254	11.453	180	16.162
CASALE	50.012.377	3.480	14.371	2.558	19.551
CESARA	8.103.210	600	13.505	461	17.577
GERMAGNO	2.429.437	187	12.992	140	17.353
GRAVELLONA	105.976.113	7.821	13.550	5.787	18.313
LOREGLIA	3.263.729	254	12.849	202	16.157
MADONNA DEL SASSO	5.352.764	397	13.483	306	17.493
MASSIOIA	1.410.177	125	11.281	99	14.244
NONIO	12.460.853	897	13.892	650	19.171
OMEGNA	231.603.471	15.599	14.847	11.558	20.038
QUARNA SOPRA	3.317.848	266	12.473	213	15.577
QUARNA SOTTO	5.035.914	400	12.590	306	16.457
VALSTRONA	13.519.300	1.275	10.603	892	15.156
AMENO	14.528.529	874	16.623	668	21.749
ARMENO	32.270.116	2.196	14.695	1.650	19.558
MIASINO	12.946.634	953	13.585	655	19.766
ORTA	20.955.981	1.161	18.050	825	25.401
PELLA	17.933.695	1.148	15.622	811	22.113
PETTENASCO	23.538.174	1.310	17.968	1.006	23.398
SAN MAURIZIO	48.733.426	3.181	15.320	2.257	21.592
DISTRETTO OMEGNA	616.300.876	42.378	14.543	31.224	19.738
ANTRONA	6.001.601	445	13.487	355	16.906
ANZOLA	5.833.498	434	13.441	339	17.208
BACENO	13.162.413	904	14.560	728	18.080
BANNIO	5.084.348	492	10.334	352	14.444
BEURA	20.177.042	1.460	13.820	1.064	18.963
BOGNANCO	2.556.371	218	11.726	183	13.969
CALASCA	7.124.453	662	10.762	485	14.690
CEPPO MORELLI	4.182.929	335	12.486	257	16.276
CRAVEGGIA	6.732.166	730	9.222	490	13.739
CREVOLADOSSOLA	59.385.679	4.675	12.703	3.150	18.853
CRODO	19.870.474	1.449	13.713	1.074	18.501
DOMODOSSOLA	266.201.963	18.307	14.541	13.081	20.350

[Handwritten signature]
7

[Handwritten signature]

DRUOGNO	8.528.967	995	8.572	634	13.453
FORMAZZA	6.170.675	447	13.805	353	17.481
MACUGNAGA	9.534.441	578	16.496	462	20.637
MALESCO	9.988.548	1.468	6.804	893	11.185
MASERA	20.973.854	1.545	13.575	1.048	20.013
MONTECRESTESE	16.322.859	1.253	13.027	906	18.016
MONTESCHENO	4.813.732	420	11.461	289	16.657
ORNAVASSO	46.787.334	3.446	13.577	2.484	18.835
PALLANZENO	15.844.081	1.154	13.730	817	19.393
PIEDIMULERA	17.523.745	1.548	11.320	1.107	15.830
PIEVE VERGONTE	32.912.130	2.633	12.500	1.870	17.600
PREMIA	7.906.018	583	13.561	442	17.887
PREMOSELLO	26.488.637	2.085	12.704	1.510	17.542
RE	4.915.423	764	6.434	461	10.663
SANTA MARIA MAGGIORE	13.362.385	1.273	10.497	897	14.897
SEMPIANA	2.087.706	162	12.887	127	16.439
TOCENO	5.389.329	789	6.831	474	11.370
TRASQUERA		204	11.406	160	14.542
TRONTANO	22.208.544	1.650	13.460	1.157	19.195
VANZONE	5.643.595	428	13.186	334	16.897
VARZO	21.590.745	2.100	10.281	1.414	15.269
VIGANELLA	1.962.772	170	11.546	107	18.344
VILLADOSSOLA	88.559.145	6.803	13.018	4.917	18.011
VILLETTE	1.736.567	262	6.628	165	10.525
VOGOGNA	21.468.714	1.732	12.395	1.239	17.327
DISTRETTO	831.359.676	64.603	12.869	45.825	18.142
DOMODOSSOLA					
TOTALI ASL VCO	2.363.763.341	172.235	13.724	123.833	19.088

Il reddito medio pro capite del VCO è di €. 19.088, appare sensibilmente inferiore al reddito medio piemontese (€. 20.870), dovuto probabilmente alla particolare situazione socio-economica e demografica (> prevalenza di anziani).



NUMERO ESENTI PER REDDITO al 31.12.2014				
	Domodossola	Omegna	Verbania	ASL VCO
Numero esenti	36.419	22.304	34.402	93.125

Distretti	Reddito Medio Pro-capite	N° Esenti reddito	Popolazione all'1.1.2015	% esenti su popolazione
Verbano	19.582,00	34.402	65.126	52,82%
Cusio	19.738,00	22.304	41.952	53,16%
Ossola	18.142,00	36.419	64.312	56,62%
ASLVCO	19.088,00	93.125	171.390	54,33%

Il numero di esenzioni per reddito rilasciate al 31.12.2014 coinvolgono il 54,33% della popolazione con una maggiore

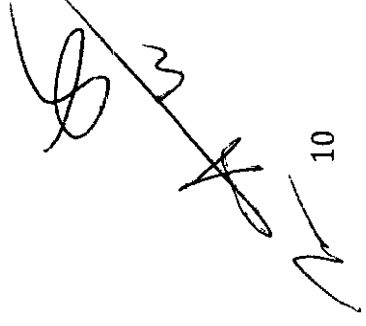
10/07

9/10

percentuale nell'area dell'Ossola a cui corrisponde il minore reddito pro-capite registrato nella medesima area.

La speranza di vita alla nascita è sostanzialmente in linea sia con il dato regionale che con il dato nazionale e non mostra differenze significative nelle tre aree territoriali.

	Speranza di vita alla nascita	
	(numero medio di anni che restano da vivere ad un neonato)	
	Fonte: Sito Regione Piemonte epidemiologia anni 1980-2010	
Distretto	Maschi	Femmine
Verbano	79,1	84,4
Cusio	79,2	84,5
Ossola	79,0	84,5
ASL VCO (compresi Comuni Provincia Novara afferenti all'ASL)	79,1	84,4
Regione Piemonte	79,3	84,2
Italia	79,8 Istat 2013	84,6 Istat 2013



1.2 CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

Comportamenti popolazione

STATO DI SALUTE – STILI DI VITA (periodo 2009–2012)
(Fonte PASSI)

	Fumatori	Guidatori con livelli rischiosi di alcol	Bevitori binge	Sedentari	Fisicamente attivi	Frutta verdure 5 porzioni
ASL VCO	27%	17%	9%	29%	20%	6%
Piemonte	28%	11%	9%	29%	33%	11%
Italia	28%	9%	9%	31%	33%	10%
Definizioni operative:						
Fumatore	Colui che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore					
Guidatore con livelli rischiosi di alcol	Colui che dichiara di essersi messo alla guida di un veicolo a motore (auto o moto) negli ultimi 30 giorni, almeno 1 volta, dopo aver bevuto, nell'ultima ora, 2 unità alcoliche o più. Unità alcolica: 1 bicchiere di vino (12°) da 125 ml= 1 superalcolico (40°) da 40 ml = 1 birra (4,5°) da 330 ml.					

Bevitore binge	Colui che dichiara di aver bevuto nell'ultimo mese, almeno 1 volta, 5 o più unità alcoliche in una sola occasione, se uomo; - 4 o più unità alcoliche in una sola occasione se donna.
Sedentario	Colui che dichiara di non fare un lavoro pesante e che, nel tempo libero, non svolge attività fisica moderata o intensa.
Fisicamente attivo	Colui che dichiara di svolgere un lavoro pesante, cioè un lavoro che richiede un notevole sforzo fisico e/o aderisce alle linee guida sull'attività fisica: 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana e/o attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni settimanali
Frutta verdure 5 porzioni	Il consumo giornaliero di frutta e verdura è misurato con il numero di porzioni di frutta e verdura che una persona dichiara di consumare abitualmente al giorno. E' raccomandato l'assunzione giornaliera di 400 gr di frutta o verdura, equivalente a 5 porzioni da 80 grammi

alcol correlato e la scarsa propensione all'introduzione di frutta e verdura nell'alimentazione.

I comportamenti e gli stili di vita non differiscono molto dalla media regionale e nazionale eccetto per il rischio di guida

Comportamenti popolazione

SITUAZIONI DI RISCHIO (periodo 2009-2012)
(Fonte PASSI)

	Pressione alta	Colesterolo alto	Sintomi di depressione	Non in "buona salute"	Molte difficoltà economiche	Eccesso di peso
ASL VCO	25%	25%	4%	22%	3%	38%
Piemonte	21%	25%	6%	30%	11%	37%
Italia	20%	24%	7%	32%	14%	42%
Definizioni operative:						
Pressione alta	persone che riferiscono di aver ricevuto da un medico una diagnosi di ipertensione					
Colesterolo alto	persone che rispondono di avere il colesterolo nel sangue elevato secondo quanto è stato detto loro da un medico					



Sintomi di depressione	E' una persona che nelle due settimane prima dell'intervista ha sperimentato sintomi di umore depresso e/o anedonia (perdita di interesse nelle attività della vita di tutti i giorni) in modo duraturo.
Non in "buona salute"	Persona in buono stato di salute è una persona , in età tra 18 e 69 anni, che alla domanda "come va in generale la sua salute" risponde male o molto bene.
Molte difficoltà economiche	Persona che dichiara la sussistenza di molte difficoltà economiche
Eccesso di peso	Persona sovrappeso è una persona con un indice di massa corporea compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m2 calcolato da valori autoriferiti di peso e altezza

Tra le situazioni di rischio di rilievo è il dato dell'ipertensione che interessa un residente su quattro.

ESENZIONI PER PATOLOGIA (archivio AURA 2014)				
Patologia	Distretto Domodossola	Distretto Omegna	Distretto Verbania	Totale
Sistema circolatorio/cuore/ ipertensione	9.519 (14,92%)	6.829 (16,27%)	10.654 (16,36%)	27.074 (15,80%)
Diabete mellito	3.576 (5,56%)	2.659 (6,34%)	3.567 (5,48%)	9.802 (5,72%)
Neoplasie	3.396 (5,28%)	2.337 (5,57%)	3.890 (5,97%)	9.623 (5,62%)
Invalidi	2.740 (4,26%)	2.009 (4,79%)	2.409 (3,70%)	7.158 (4,18%)
Ipotiroidismo/	2.088	1.273	1.984	5.345

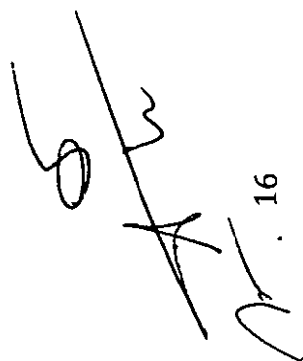
Tiroidite /Hashimoto M. Basedow	(3,25%)	(3,03%)	(3,05%)	(3,12%)
Sistema respiratorio - asma	1.172 (1,82%)	957 (2,28%)	1.151 (1,77%)	3.280 (1,91%)
Malattie epatiche	484 (0,75%)	434 (1,03%)	675 (1,04%)	1.593 (0,93%)
Malattie rare	458 (0,71%)	348 (0,83%)	515 (0,79%)	1.321 (0,77%)
Dipendenze	305 (0,47%)	128 (0,31%)	223 (0,34%)	656 (0,38%)
Altre	2.705 (4,21%)	2.495 (5,95%)	2.984 (4,60%)	8.194 (4,78%)

Altro dato rilevante per l'inquadramento del contesto epidemiologico sono le esenzioni per patologia più rilevanti rilasciate ai residenti: qui occorre tenere presente che tale dato non fotografa l'effettiva distribuzione delle patologie, in quanto spesso chi usufruisce già di un altro regime di esenzione (per reddito o per invalidità) non richiede l'esenzione specifica per la singola patologia.

MORBILITA'

CAUSE	Ospedalizzazione ASL			Ospedalizzazione Distretto			Ospedalizzazione Distretto			Ospedalizzazione Distretto		
	VCO			Verbano			Cusio			Ossola		
	Sesso	Casi	Tasso St x 100.000	Sesso	Casi	Tasso St x 100.000	Sesso	Casi	Tasso St x 100.000	Sesso	Casi	Tasso St x 100.000
Tutte le cause	M	13.594	13.029,20	M	5.108	13.190,90	M	3.311	13.303,20	M	5.175	12.683,70
	F	15.140	13.788,30	F	5.987	14.499,20	F	3.663	13.526,50	F	5.490	13.264,50
Tumori	M	1.095	823,4	M	382	762,7	M	282	881,3	M	431	847,6
	F	849	575,5	F	339	646,6	F	211	574	F	299	506,1
Diabete	M	82	68,1	M	23	47,7	M	26	80,5	M	33	80,9
	F	55	33,5	F	25	37,4	F	18	44,6	F	12	21,8

Infarto miocardico acuto	M	312	247,3	M	116	245,3	M	67	226,1	M	129	264,6
	F	157	79,6	F	66	83	F	28	64,7	F	63	84,9
Malattie cerebrovascolari	M	416	293,3	M	165	308,1	M	86	264,5	M	165	295,2
	F	408	194,5	F	193	234	F	93	213,6	F	122	142,7
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	M	813	690,2	M	323	730	M	195	709,3	M	295	644,7
	F	1.078	775,4	F	435	809,5	F	263	810,5	F	380	722,8
Malattie dell'apparato respiratorio	M	983	1.027,90	M	355	1.033,30	M	244	1.041,60	M	384	1004,4
	F	840	806,5	F	300	807,7	F	177	766,1	F	363	824,2
Malattie dell'apparato digerente	M	1.591	1.558,80	M	610	1.637,40	M	408	1.676,70	M	573	1.401,90
	F	1.234	1.199,30	F	432	1.160,60	F	313	1.265,80	F	489	1.195,30
Cirrosi epatica	M	126	108,2	M	55	124,6	M	34	124,9	M	37	80,9
	F	83	62,5	F	40	73,4	F	16	52,9	F	27	58
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	M	1.564	1.575,30	M	568	1.517,80	M	405	1.712,90	M	591	1.540,20
	F	1.784	1.441,70	F	773	1.632,10	F	420	1.385,70	F	591	1.287,20
Malattie dell'apparato genito-urinario	M	827	753,9	M	305	736,4	M	193	752,5	M	329	765,4
	F	1.055	1.026,70	F	401	1.030,50	F	233	883,1	F	421	1.123,90
Interruzione volontaria di gravidanza	M	/	/	M			M			M		
	F	226	345,6	F	88	371,9	F	59	337,7	F	79	325,6



Mortalità

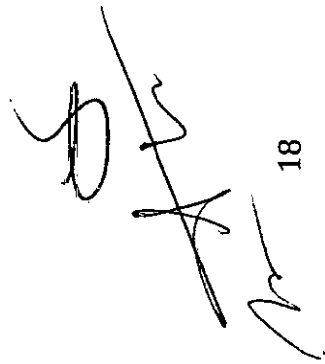
- ANNI 1980-2010 SECONDO LE CAUSE DI MORTE -
Tassi standardizzati per 100.000 ab. (Fonte: sito Regione Piemonte epidemiologia)

CAUSE	Mortalità ASL VCO				Mortalità Distretto Verbania			Mortalità Distretto Omegna			Mortalità Distretto Ossola			
	Sesso	Numero medio annuale	Tasso St x	Casi	Sesso	Casi	Sesso	Casi	Sesso	Casi	Tasso St x	Sesso	Casi	Tasso St x
			100.000								100.000			100.000
Apparato cardiocircolatorio	M	329,3	220,5	123,7	M	83,3	M	232,6	M	122,3	222,5			100.000
	F	462,3	144	176,3	F	127	F	160,1	F	159	143			
Tumori maligni	M	310,7	218,3	122	M	76	M	229,1	M	112,7	205,5			
	F	251	118,5	103,3	F	56	F	105,6	F	91,7	120,7			
Cause accidentali	M	44	42,2	13,7	M	9	M	35,2	M	21,3	52,9			
	F	29,3	15,4	10,7	F	9,7	F	18,8	F	9	13			
Apparato respiratorio	M	72,3	47,9	25,7	M	18	M	54,4	M	28,7	49,5			
	F	62,7	19,4	29	F	12,7	F	18,5	F	21	18,2			
Apparato digerente	M	38,3	26,7	17	M	7	M	19,1	M	14,3	27,5			
	F	40	15,2	18,7	F	6,7	F	11,3	F	14,7	15,4			
Suicidi	M	13	13,4	3,7	M	2	M	8,7	M	7,3	19,9			
	F	5,7	4,6	2,3	F	1,3	F	6,3	F	2	4,3			

Handwritten signature

Malattie fumo-correlate	M	161,6	111,6	M	61,7	110,8	M	40,7	120,4	M	59,3	107,7
	F	79,3	30,3	F	33,6	30,4	F	19,3	31	F	26,4	29,4
Malattie alcol-correlate	M	25,6	22,1	M	9,3	20,9	M	4,2	14,8	M	12,1	27,7
	F	11	6,6	F	4,4	6,3	F	2,5	7,6	F	4,2	6,2
Malattie evitabili	M	220	188,5	M	86	196,5	M	48,3	167,6	M	85,7	193,9
	F	107,7	84,6	F	36,7	73,4	F	27,3	92,4	F	43,7	91
Malattie evitabili con interventi prevenzione primaria	M	133,7	116,4	M	52	119,8	M	28	100,2	M	53,7	122,9
	F	38,3	31,7	F	13,7	28	F	9,3	34,5	F	15,3	33,3
Malattie evitabili con diagnosi precoce e terapia	M	21,3	17,9	M	8,3	19,5	M	5,7	18,5	M	7,3	16,2
	F	35,3	27,6	F	14	28,2	F	7,3	23,2	F	14	29,9
Malattie evitabili con igiene ed assistenza sanitaria	M	65	54,2	M	25,7	57,2	M	14,7	48,9	M	24,7	54,7
	F	34	25,3	F	9	17,1	F	10,7	34,7	F	14,3	27,8

L'analisi del contesto demografico ed epidemiologico da evidenza dell'invecchiamento della popolazione e dell'alta incidenza di patologie croniche che portano ad un consumo elevato di risorse sanitarie.



PASSAGGI 1.9.2014-31.8.2015
CODICI IN DIMISSIONE PER SEDI

	VERBANIA	OMEGNA	DOMODOSSOLA				TOTALI	%
CODICE IN DIMISSIONE	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
BIANCO	2.541	8,40	822	9,40	1.271	5,20	4.634	7,31
VERDE 60 min.	21.302	70,70	7.028	80,00	18.333	74,90	46.663	73,61
VERDE 30 min.	4.185	13,90	847	9,60	3.075	12,60	8.107	12,79
GIALLO	2.006	6,70	89	1,00	1.689	6,90	3.784	5,97
ROSSO	87	0,30	2		88	0,40	177	0,28
NERO	27		2		11		29	0,05
	30.148	100,00	8.790	100,00	24.467	100,00	63.394	100,00



Tasso di ospedalizzazione (casi/popolazione x 1.000):

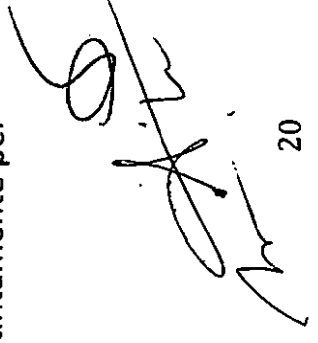
T.O. Aziendale			T.O. Regionale	
2011	2012	2013	2014	2013
166	163	153	151	148

Da segnalare talune criticità, sulle quali si sta lavorando, per quanto attiene le seguenti discipline:

Disciplina	T.O. Aziendale				T.O. Regionale	
	2011	2012	2013	2014	2012	2013
RRF	12,25	11,65	10,57	10,74	8,21	7,94
Cardiologia	11,20	11,53	12,23	11,00	8,67	8,64
Ortopedia e traumatologia	23,61	24,48	19,56	18,13	16,96	16,10

Mobilità passiva

Si rileva che la popolazione del Verbano Cusio ed Ossola è soggetta ad un fenomeno migratorio che ha prodotto, negli anni, costi importanti di mobilità passiva. Le cause che concorrono a determinare il fenomeno sono molteplici: - geografiche, logistiche (essendo il VCO area di confine); - sanitarie (dovute all'assenza di alcune specialità); - di bassa attrattività di alcune strutture (sussistendo anche la fuga per specialità presenti in azienda). L'andamento della mobilità passiva (distintamente per la mobilità passiva regionale ed extra regionale) negli anni 2011-2014 viene di seguito riportato:



Mobilità passiva	CASI			
	2011	2012	2013	2014
Regionale	5.386	5.415	5.386	4.817
Extra Regionale	4.202	4.198	4.163	4.163
Totale	9.588	9.613	9.549	8.980
Mobilità Passiva	VALORIZZAZIONE			
	2011	2012	2013	2014
Regionale	22.172.000	22.829.000	22.491.000	21.079.000
Extra Regionale	14.961.000	16.011.000	15.631.000	15.631.000
Totale	37.133.000	38.840.000	38.122.000	36.710.000

Handwritten signature and initials, possibly 'A. B.' and 'p. a.'.

1.3 CONTESTO ORGANIZZATIVO

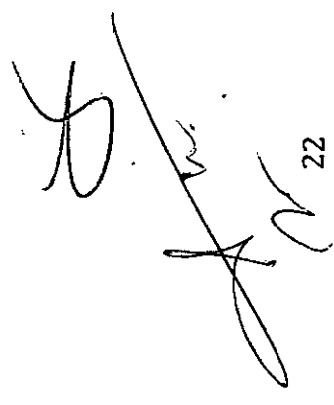
Attualmente l'ASL VCO è ripartita in tre Distretti cui corrispondono tre Consorzi dei Servizi Sociali.

Le strutture erogatrici dei servizi territoriali sono di seguito rappresentate:

Distretti/ASL VCO	Sede distrettuale	Sedi Subdistrettuali	Punti prelievi	Farmacie	Dispensari
Verbano	1	2	2	26	6
Cusio	1	3	4	16	2
Ossola	1	5	7	31	8
ASL VCO	3	10	13	73	16

Distribuzione delle Farmacie e Armadi suddivisi per distretto

Distretto	Numero Comuni			Numero Farmacie		Popolazione farmacia o armadio		senza % su totale
	Totali	Senza farmacia	Con armadio	Con farmacia	totali	Valore assoluto	% totale	
Verbano	27	7	8	14	34	1.454		2,2
Cusio	20	8	2	11	16	2.780		6,6
Ossola	37	5	7	26	37	1.531		2,4
ASL VCO	84	20	17	51	87	5.765		3,3

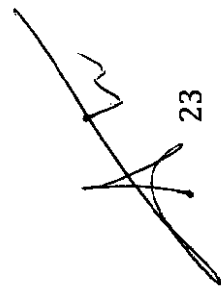


LA Residenzialità per anziani non autosufficienti viene garantita da RSA presenti sul territorio per un totale di 845 P.L. cui si aggiungono 38 P.L. N.A.T.

Nell'ASL VCO sono presenti 20 RSA in 18 degli 84 Comuni con una distribuzione diffusa sul territorio. I Posti letto Accreditati sono 883 (compreso i P.L. NAT) pari al 2,02% della popolazione >65 anni.

I P.L. convenzionati alla data odierna risultano 607 compreso i 38 P.L. NAT pari al 1,40% della popolazione > 65 anni.

	DENOMINAZIONE	Posti letto accreditati	
		RSA	ALZHEIMER
VERBANO	Relais dell'Arcadia (a)	14	
	M. Muller	68	
	Sacra Famiglia	57	
	Eremo di Miazina	19	
	Opera Pia Uccelli	82	20
	San Rocco	50	
	TOTALE	290	20
	RSA Donat Cattin	60	
OSSOLA	G. Garbagni	10	
	C. Baldi e M.L. Tori	21	
	F. Poscio	19	
	R.A. Casa di riposo per Anziani	10	
	T. Ceretti	35	
	Samonini Rozio Balassi	39	
	S. Giuseppe Maria Gambaro	10	
	Residenza Socio Sanitaria per Anziani	54	8
	Villa Presbitero	40	

 23

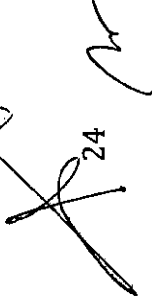


CUSIO	Cuore Immacolato di Maria (b)	20	
	TOTALE	318	8
	Sant'Antonio	40	
	R.S.A. Massimo Lagostina O.N.L.U.S.(c)	94	10
	Villa Serena	103	
	TOTALE	237	10
	TOTALE ASL	845	38

La Residenzialità per disabili viene erogata da strutture presenti sul territorio per un totale di 216 P.L. autorizzati di cui 195 P.L. accreditati.

Anno 2015: DISABILI				
SOGGETTO GESTORE	POSTI LETTO			
	TOTALI	AUTORIZZATI	ACCREDITATI	
Sacra Famiglia - Fondazione ONLUS – Pubblico:	94	94	94	
a) - RAF tipo A	16	16	16	
b) - RAF tipo B	42	42	42	
c) - RSH gravissimi	16	16	16	
e) – Centro Diurno Socio Terap. Riab. tipo A	20	20	20	
Prometeo Soc. Cooperativa Sociale ONLUS - Privato:	19	19	19	
a) - Comunità Alloggio Tipo B - Rosa Franzi	8	8	8	
b) - Gruppo Appartamento di tipo B	3	3	3	
c) – Comunità alloggio Tipo B	8	8	8	
C.I.S.S. Verbania - Pubblico:	24	24	24	
a) - Comunità Familiare "Mia Casa"	4	4	4	
b) – Centro Diurno Terap. Riab. tipo A	20	20	0	
C.I.S.S. Domodossola - Pubblico:	36	36	36	
a) – RAF tipo A	10	10	10	
b) - Gruppo App. di tipo A	6	6	6	
c) – Centro Diurno Socio Terap. Riab. tipo A	20	20	20	





Anteo Coop Soc - Privato (dal 1° luglio 2014.)		23	23	12
a) - Gruppo App. di tipo A		5	5	0
b) - Gruppo App. di tipo A		6	6	0
a) - Gruppo App. di tipo A		6	6	6
b) - Gruppo App. di tipo A		6	6	6
C.I.S.S. Omegna - Pubblico:		10	10	10
Centro Diurno Socio Ter. Riab. tipo A (Aut. Prov.)		10	10	0
Totale ASL		216	216	195

Le strutture per la presa in carico dei minori presenti sul territorio sono le seguenti:

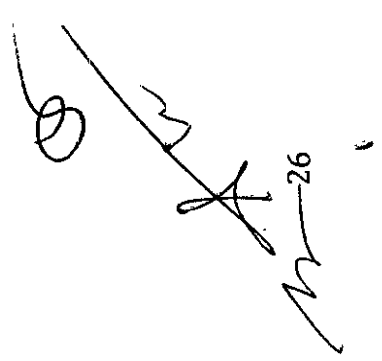
Anno 2014: MINORI			
DENOMINAZIONE	CAPACITA' RICETTIVA	FASCIA DI ETA'	
	TOTALI		
Comunità Educativa Residenziale "Insieme"	5 + 2 Pronta Acc.	6 - 17 anni	
Comunità Educativa Residenziale	10 + 2 Pronto interv.	11 - 17 anni	
Gruppo Appartamento per Adolescenti e Giovani	3	16 - 21 anni	
Centro Educativo Diurno	5	5 - 12 anni	
Centro Educativo Diurno	20 (10 a turno)	5 - 12 anni	
	33 + 4 Pronta Acc.		

I MMG sono complessivamente 120 e sono presenti con gli ambulatori in 82 degli 84 comuni dell'ASL VCO.

MMG	Distretto Verbania	Distretto Cusio	Distretto Domodossola	ASL VCO
N° MMG Di cui	43	31	46	120
Medicina in associazione	0	9	8	17
Medicina in rete	11	11	22	44
Medicina di gruppo	12	4	2	18
Totale Aggregazioni	23	24	32	79
N° Ambulatori	76	53	83	212
N° ore apertura settimanali	663	541	710	1.914

I PLS sono 15 presenti con i loro ambulatori in 33 comuni su 84.

PLS	Distretto Verbania	Distretto Cusio	Distretto Domodossola	ASL VCO
N° PLS Di cui	5	4	6	15
Pediatridi gruppo	4	1	6	11
Totale Aggregazioni	4	1	6	11
N° ambulatori	9	9	15	33
N° ore apertura settimanali	90	53	92	235

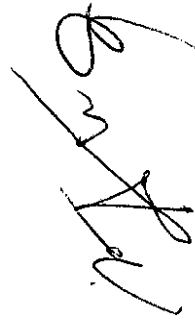
 26

Sono presenti 6 postazioni di Continuità Assistenziale (Ex Guardia Medica) così distribuiti:

Distretto	Sede	N° medici in turno	N° ore/ medico settimanale
Verbania	Cannobio	1	108
	Stresa	1	108
	Verbania	2	216
Totale			432
Omegna	Omegna	1,5	156
Totale			156
Domodossola	Domodossola	2	216
	Premosello	1	108
Totale			324
Totale ASL		8.5	912

I Dati relativi alle cure domiciliari erogate nel corso del 2014 sono riassunti nella seguente tabella.

CURE DOMICILIARI: ANNO 2014				
Distretti /ASL VCO	Media casi SID X 1.000 ab.	Media casi ADP X 1.000 ab.	Media casi ADI X 1.000 ab.	Media casi ADI/UOCP X 1.000 ab.
Domodossola	6,32	4,82	0,65	0,98
Omegna	5,96	5,63	1,22	0,50
Verbania	5,21	2,28	0,49	0,38
ASL VCO	5,81	4,04	0,73	0,64

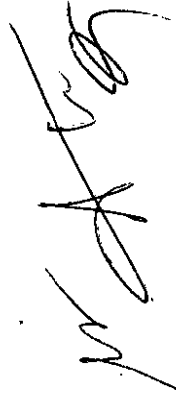


Di seguito vengono elencati i livelli di assistenza erogati nel 2014

Distretto unico VCO							
Livello assistenziale	Codice La	Descrizione livello di assistenza	Indicatore di tutela	Popolazione di riferimento	Dato di produzione	Indicatore da griglia ASL 2014	NOTE
Prevenzione	10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	Percentuale di unità controllate		455 unità locali controllate pari al 5,92%	5,92	valore individuato dal DPCM 17-12-2007 almeno il 5% medio a livello regionale indicatore 5,32
		Attività di prevenzione rivolte alle persone (incl screening)	N prestazioni di primo livello - screening mammella in rapporto alla popolazione di riferimento (donne residenti età 50-69)	24.772	copertura da inviti	83%	
	10500		N prestazioni di primo livello - screening cervice uterina in rapporto alla popolazione di riferimento (donne 24-64)	46.444	copertura da esami eseguiti	51%	
					copertura da inviti	82%	
					copertura da esami eseguiti	46%	
			N prestazioni di primo livello - screening colon-retto in rapporto alla popolazione di riferimento	48.730	copertura da inviti	103%	

28

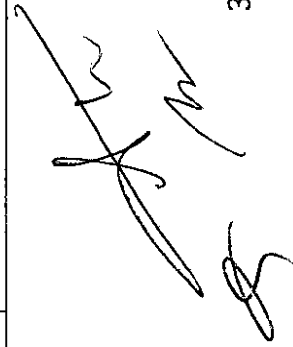
		(età 50-69)			copertura da esami eseguiti	41%	
		Copertura vaccinale nei bambini (ciclo base esavalente)	1.242			95%	
		Copertura vaccinale nei bambini (MPR)	1.242			93%	
10600	Servizio medico legale	N° prestazioni di medicina legale	171.357		10.847	0,063	
20100	Guardia medica (Continuità Assistenziale)	N Visite	171.357		9.767	0,20	L'indicatore è dato dal numero delle visite effettuate/le ore di continuità assistenziale dell'anno. Il dato è sottostimato in quanto non sono state registrate interamente le visite al sistema
					47.959		
20201	Medicina Generale - Medicina generica	N MMG in AFT rispetto al totale di MMG	124		124	100%	Tutti i MMG fanno parte di una equipe Territoriale le AFT e le UCCP non sono ancora normate.



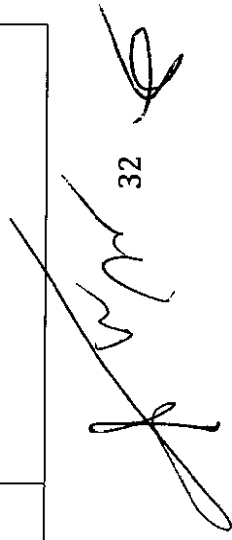
		N MMG in UCCP rispetto al totale di MMG	124	12	10%	esistono tre Gruppi di Cure Primarie costituiti ciascuno da quattro MMG (Cannobio, Omegna, Verbania) le cui caratteristiche non sono ancora assimilabili alle UCCP ma ne rappresentano un nucleo iniziale
		N° bilanci di salute sul N° nati	1.152	1.063	0,92	
		N PDL in AFT rispetto al totale di PDL	15	15	100%	Il Dato si riferisce all'equipe Pediatrica Unica sul territorio dell'ASL e comprendente la totalità dei PLS
		N PDL in UCCP rispetto al totale di PDL	15	11	73%	Esistenza di una Pediatria di Gruppo cui afferiscono 11 dei 15 PLS e che partecipano alla sperimentazione del Country Pediatrico dell'Ossola
		Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso				
20202	Medicina generale - Pediatria di libera scelta			14 18		
20300	Emergenza sanitaria territoriale (118)					

30

20401	Ass. farmaceutica - Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	Costo netto dell'assistenza farmaceutica	195.980,927	22.541.211	115,02	
		Percentuale di consumo annuo (DDD) dei farmaci appartenenti al PHT			99,8%	
20402	Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	Costo netto dell'assistenza farmaceutica	195.980,927	7.369.484	37,60	
20500	Assistenza integrativa	Totale costo netto di assistenza integrativa per mille abitanti	195.980,927	4.240.420	21.637	
20601	Assistenza specialistica - Attivita' clinica	Numero di prestazioni per abitante	189.816,71	839.566,00	4,42	Il dato è calcolato sul fabbisogno e comprende la produzione dei presidi dell'ASL, le prestazioni acquistate da soggetti accreditati e la mobilità intra ed extraregionale
20602	Assistenza specialistica - Attivita' di laboratorio	Numero di prestazioni per abitante	189.816,71	2.032.715,00	10,71	



20603	Assistenza specialistica - Attività di diagnostica strumentale e per immagini	Numero di prestazioni per abitante	189.816,71	164.941,00	0,87	
		Numero di prestazioni di RM per 100 residenti	189.816,71	14.377	7,57	
20700	Assistenza protesica	Costo netto dell'assistenza protesica per mille abitanti	189.816,71	5.658.780	29.812	
20801	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a domicilio (ADI)	% di anziani >= 65 anni trattati in ADI	43.507	225	0,52%	se viene considerato solo l'ADI
				1.077	2,48%	se si considera il complesso delle cure domiciliari (ADI+ADP)
20802	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	N prestazioni di consultorio per mille abitanti	171.357	10.603	62	

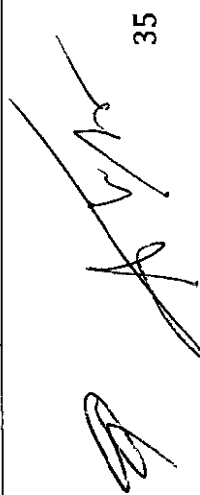


20803	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica	Utenti in carico nei centri di salute mentale per 100.000 abitanti	100.172	1.550	1.547	
20804	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai disabili	N. giornate di assistenza riabilitativa a favore di disabili	171.357	14.672	85,62	indicatore gg. Assistenza/popolazione totale*1000
20805	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipendenti	N° utenti in carico	73.012	1.599	21,901	indicatore gg. Assistenza/popolazione di riferimento*1000
20806	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani	% di anziani >= 65 anni trattati a domicilio (oltre ADI livello 20801)	43.507	496	1,14	indicatore: casi / popolazione di riferimento *100
21100	Assistenza idrotermale	Costo di assistenza idrotermale per mille assistiti	189.816,71	229.920	1.211	

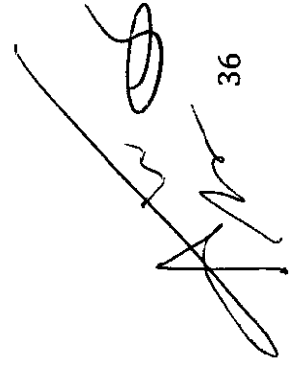
g 

20901	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica	N° giornate di semiresidenzialità per assistenza psichiatrica	100.172	4.486		
20902	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	N° giornate di semiresidenzialità per assistenza ai disabili	171.357	29.933	0,48	Indicatore: PL equivalenti n. giornate/365/popolazione *1000
20904	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza agli anziani	N° giornate di semiresidenzialità per assistenza agli anziani	43.507	2.360	0,04	Indicatore: PL equivalenti n. giornate/365/popolazione *1000
21001	Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica	N° giornate di residenzialità per assistenza psichiatrica	100.172	23.324	0,64	L'indicatore è dato dal numero di giornate di assistenza/365/popolazione *1000 dal quale si ricavano i P.L. equivalenti
21002	Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	N° giornate di residenzialità per assistenza ai disabili	171.357	37.116	0,59	L'indicatore è dato dal numero di giornate di assistenza/365/popolazione *1000 dal quale si ricavano i P.L. equivalenti
21003	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	N° giornate di residenzialità per assistenza ai tossicodipendenti	73.012	4.655	0,17	L'indicatore è dato dal numero di giornate di assistenza/365/popolazione *1000 dal quale si ricavano i P.L. equivalenti

21004	Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani	N° giornate per assistenza agli anziani => 65 anni	43.507	208.790	13,15	L'indicatore è dato dal numero di giornate di assistenza/365/popolazione *1000 dal quale si ricavano i P.L. equivalenti
21005	Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV	N° giornate di assistenza residenziale per HIV	73.012	453	0,02	L'indicatore è dato dal numero di giornate di assistenza/365/popolazione *1000 dal quale si ricavano i P.L. equivalenti
21006	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai malati terminali	N° giornate di hospice per assistenza ai malati terminali deceduti per tumore		3.589	0,02	L'indicatore è dato dal numero di posti letto in Hospice/deceduti per tumore
30100	Attività di pronto soccorso (accessi)	N° accessi al PS per mille assistiti	174.715,597	58.973	338	
30201	Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery	Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	174.715,597	5.392	30,86	
Assistenza ospedaliera						



30202	Ass. Ospedaliera per acuti in degenza ordinaria	Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	174.715,597	17.301	99,02	
		Percentuale parti cesari primari	698	121	17,34%	
		Percentuale pazienti >= 65 anni con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 GG in RO				bianchi
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	174.715,597	183	1,05	
30500	Ass. Ospedaliera per riabilitazione	Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	174.715,597	1.848	10,58	

 36

AZIONI DI MIGLIORAMENTO E SVILUPPO

AZIONI PROPEDEUTICHE

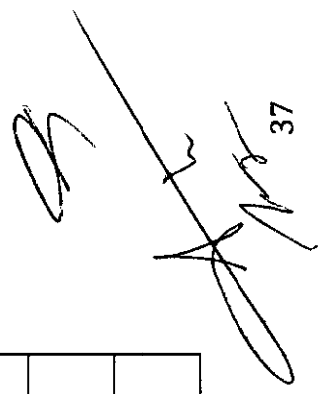
COMITATI SINDACI

Giorno 16 giugno 2015 è stata convocata l'Assemblea dei Sindaci dei Comuni del VCO con la presenza dei tre CISS nel corso della quale sono state date le prime indicazioni sul piano di riorganizzazione dell'ASL e annunciata la volontà di ricostruire i Comitati dei Sindaci di Distretto per l'analisi dei bisogni di salute della popolazione e delle criticità inerenti l'offerta dei servizi e l'organizzazione dell'ASL. Allo scopo sono state indette tre riunioni nel mese di luglio il 22 luglio il comitato dei Sindaci del Verbano, il 23 luglio il comitato dei Sindaci dell'Ossola e il 24 luglio il Comitato dei Sindaci del Cusio. Nel corso di queste riunioni si sono presentati i dati relativi alla organizzazione dell'azienda, i dati demografici ed epidemiologici della popolazione.

A seguito della formulazione dell'Atto Aziendale sono stati convocati i Comitati dei Sindaci nei giorni 5,7 e 8 ottobre per la presentazione del documento e in quella occasione è stato chiesto loro di indicare le priorità che ritenevano dovessero far parte del Programma delle Attività Territoriali del triennio 2016-2018.

A seguito degli incontri effettuati con i Comitati dei Sindaci di Distretto del Verbano, del Cusio e dell'Ossola sono emerse delle priorità di intervento che di seguito si riassumono:

Interventi	Verbano	Ossola	Cusio	VCO
1 - Promuovere l'integrazione tra l'attività del DEA, della Guardia Medica e della medicina generale	12	9	5	26
2 - Garantire la continuità assistenziale dei pazienti che si devono ricoverare e che vengono dimessi	14			14
3 - Sviluppare la telemedicina mettendo in relazione l'attività dei MMG (ambulatorio-domicilio-rsa) con gli specialisti	12			12
4 - Ridurre i tempi di attesa delle prestazioni con tempi di attesa superiori allo standard regionale		9	3	12
5 - Garantire la presa in carico in Assistenza Domiciliare Integrata utilizzando i posti di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria	12			12
6 - Decadimento cognitivo-relazionale dell'anziano e contrasto alla solitudine (invecchiamento attivo)	4	7		11





7 - Principali problematiche adolescenziali, quali morti del sabato sera, ludopatia, fumo di sigaretta, bullismo, binge drinking, obesità ecc.		8		8
8 - Sviluppare le funzioni delle RSA (punto prelievi, attività riabilitativa ambulatoriale, residenziale e domiciliare, ricoveri sollievo)		8		8
9 - Garantire una maggiore integrazione tra ospedale, territorio e servizi socio-assistenziali al momento di dimissioni che necessitano di continuità assistenziale			5	5
10 - Incrementare posti di sollievo per non autosufficienti (anziani e disabili) di norma gestiti a domicilio			4	4
11 - Comportamenti a rischio in età adolescenziale			3	3

Un ulteriore momento di confronto con i Comitati dei Sindaci si è avuto nei giorni 24, 25 e 26 novembre 2015 con la restituzione dei risultati relativi alle priorità inviate dai sindaci e le prime indicazioni inerenti la costruzione del PAT.

STRUTTURE RESIDENZIALI

- a) Sono stati effettuati due incontri, 16 giugno e 30 settembre, nei quali si è data comunicazione dello sviluppo degli inserimenti dal mese di luglio discutendo altresì degli orientamenti e delle linee di lavoro in relazione alle modifiche che la Regione ha in animo di introdurre rispetto alla possibilità di un maggiore ruolo delle Rsa nell'erogazione dei servizi territoriali.

Le strutture residenziali hanno dichiarato la loro disponibilità a sviluppare servizi ed attività sia al domicilio e sia a carattere ambulatoriale nella struttura.

L'esito degli incontri ha determinato queste indicazioni:

- 1) avviare i 30 posti letto Cava nell'Ossola secondo le indicazioni regionali in via di emanazione;
- 2) attendere l'esito della richiesta di 25 posti letto di Cava aggiuntivi per completare la distribuzione territoriale della funzione che comprende anche i 50 posti letto già attivi all'Eremo di Miazina;
- 3) valutare secondo le indicazioni regionali in via di emanazione lo sviluppo delle attività delle strutture residenziali nei territori che hanno particolari criticità nelle attività domiciliari o ambulatoriali infermieristiche e fisioterapiche.

MEDICI DI MEDICINA GENERALE

- b) Sono stati effettuati 2 incontri (il 30 luglio 2015 e il 29 settembre 2015) con la partecipazione oltre che dei referenti delle équipe territoriali dei mmg anche dei pediatri di libera scelta e dei rappresentanti degli specialisti con i quali dopo avere discusso degli indirizzi generali si è giunti alla determinazione di proporre alcuni punti giudicati particolarmente critici:

- 1) intervenire sugli aspetti burocratici;
- 2) sviluppare informazione verso i cittadini;
- 3) garantire maggiori processi di integrazione con gli specialisti.

La discussione si è altresì incentrata sullo sviluppo dei modelli di aggregazione e si è registrato un interesse largamente rappresentato a collaborare per la realizzazione delle forme di aggregazione sia monoprofessionali che multi professionali sul modello dei CAP o delle Case della Salute.

Sono stati successivamente organizzati degli incontri specifici con le UCAD di ciascun Distretto il 10, 11 e 12 novembre con la partecipazione anche dei referenti delle equipe territoriali più uno specifico con la equipe dei Pediatri di Libera Scelta il 23 novembre. In tali incontri sono stati presentati le linee di indirizzo del PAT, le risultanze delle priorità scelte dai Sindaci e si sono esortati i MMG a presentare una progettualità specifica riguardante le possibili forme di aggregazione da valutare e pianificare nella loro realizzazione nel corso del prossimo triennio; allo scopo è stata presentata una scheda di progetto contenente gli elementi essenziali alla guida della progettualità.

FARMACISTI

In due incontri (verificare date) sono state esaminate le tendenze nazionali del rinnovo della Convenzione nazionale che definisce il ruolo della Farmacia di servizi ampliando l'area dei propri possibili interventi.

La previsione è che nel 1° semestre del 2016 dovrebbe concludersi il percorso di approvazione della Convenzione a livello nazionale e del, conseguente, Accordo integrativo regionale; sulla base dei documenti che emergeranno sarà valutato la possibilità di inserire le farmacie nell'organizzazione del controllo delle malattie croniche.

ASSOCIAZIONI DELL'EMERGENZA (Croci, Anpass)

Sono state incontrate in data 5 agosto per valutare congiuntamente gli accessi inappropriati al Ps/Dea.

Sono stati evidenziati, rimarcando la rilevanza degli interventi inappropriati che ostacolano l'attività verso le effettive condizioni di urgenza, in particolare:

- 1) facilità di accesso essendo sempre aperto il Ps/Dea;
- 2) disponibilità ad una risposta immediata superando anche le liste di attesa ambulatoriali;
- 3) limitati costi dei ticket;
- 4) difficoltà a rintracciare il proprio medico curante;
- 5) accessi per problemi di limitata complessità affrontabili al domicilio o nelle strutture residenziali.

GRUPPO DI LAVORO SPERIMENTAZIONE ASSISTENZA TERRITORIALE



Nei tre incontri (17 luglio, 21 ottobre, 16 dicembre) la discussione si è focalizzata sull'analisi delle attuali risposte all'emergenza territoriale e sulle possibili risposte:

- 1) sviluppare una rete di aggregazioni dei mmg (Aft-Uoccp) che permetta di affrontare adeguatamente i problemi connessi al controllo delle malattie croniche e alle loro riacutizzazioni e che, conseguentemente, divenendo un riferimento costante e continuativo per la popolazione di riferimento possano anche intercettare alcuni dei problemi che oggi vengono richiesti al Ps/Dea;
- 2) sviluppare il sistema di emergenza territoriale previsto dalla Regione, al quale partecipa anche l'Asl Vco in via sperimentale, attivando, nella prima fase, il numero unico per la Continuità assistenziale (CA) e successivamente implementare sullo stesso numero anche altre attività (es. medicina generale, pediatria di base, specialistica, assistenza domiciliare e residenziale, etc) fino a comprendere tutte le attività territoriali.

PROGETTO WELFARE

L'Asl Vco ha partecipato, insieme ad altre istituzioni ed organizzazioni, ad un bando di finanziamento promosso dalla Cariplo orientato allo sviluppo delle attività indirizzate agli anziani. Il progetto presentato ha avuto esito positivo e in tal modo avremo risorse aggiuntive da utilizzare sul territorio specificatamente destinate agli anziani.

REGIONE:

Ha individuato per la definizione dei Piani di Assistenza Territoriale una modalità di elaborazione omogenea per le Aziende sanitarie a partire dal grado di copertura dei livelli assistenziali e dalle azioni che si intendono attivare per ridurre eventuali deficit aziendali o di specifico territorio.

Secondo le indicazioni regionali l'Asl Vco ha rielaborato l'Atto aziendale che comprende per la parte territoriale i seguenti interventi:

- 1) Costituzione di un unico Distretto
- 2) Costituzione della S.C. Gestione attività territoriali
- 3) Costituzione dei Dipartimenti strutturali interaziendali di Salute mentale e Ser.d.

MMG-UCAD-INFERMIERI-STRUTTURE RESIDENZIALI

Dopo aver svolto incontri specifici a livello aziendale (punti b-c-d) si sono incontrati congiuntamente a livello distrettuale le specifiche componenti per sviluppare relazioni operative da implementare nel 2016 a partire dalla definizione delle aggregazioni dei medici di medicina generale, dall'individuazione delle strutture ospitanti e dai diversi ruoli che devono intercettare tra i soggetti.

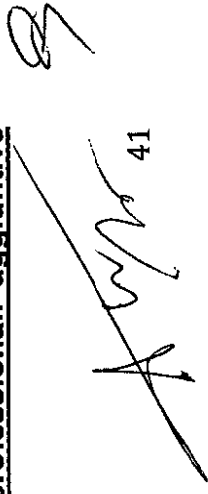
DIPARTIMENTI DEL TERRITORIO (Prevenzione-Salute mentale-Materno infantile-Ser.d.): ognuno ha o sta elaborando interventi nel territorio i cui contenuti vanno ripresi.

Il Programma delle Attività Territoriali che si intende realizzare nel prossimo triennio non può prescindere dal contesto organizzativo attuale. Gli incontri con i MMG, PLS, MCA, Enti Gestori dei Servizi Sociali, Strutture Residenziali ha evidenziato una disponibilità di massima alla collaborazione per la riorganizzazione Territoriale che verrà effettuata a partire dal 2016 fino al 2018 secondo i seguenti indirizzi tenuto conto delle priorità indicate dai Comitati dei Sindaci di Distretto.

INDICE DELLE AZIONI DA SVILUPPARE NEL PAT PER IL PERIODO 2016-2018

Come definito nell'incontro con il Collegio di Direzione del 18 dicembre u.s., le azioni definite e concordate nei Comitati dei Sindaci di Distretto, nel Gruppo di Lavoro "Sperimentazione rete territoriale", con i Mmg – Pls – MCA – Specialisti – Farmacisti, con le Strutture residenziali e con le Associazioni di pubblica assistenza e nel Comitato di Partecipazione sono le seguenti:

- 1 - Promuovere l'integrazione tra l'attività del DEA, della Guardia Medica e della Medicina generale**
- 2 - Garantire la continuità assistenziale dei pazienti che si devono ricoverare e che vengono dimessi.**
- 3 - Sviluppare la telemedicina mettendo in relazione l'attività dei medici di medicina generale svolta in (ambulatorio-domicilio-rsa) con gli specialisti.**
- 4 - Ridurre i tempi di attesa delle prestazioni con tempi di attesa superiori allo standard regionale.**
- 5 - Garantire la presa in carico in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) utilizzando i posti di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS).**
- 6 - Sviluppare l'organizzazione territoriale delle aggregazioni dei mmg implementate da figure professionali aggiuntive (infermieri, terapisti riabilitazione, assistenti sociali, specialisti, etc) in modo diffuso nel territorio.**



7 – Avviare la centrale dell'emergenza territoriale 116.117 (124)

8 – Sviluppare gli interventi domiciliari e territoriali nei riguardi dei pazienti anziani vulnerabili al fine di contrastare la solitudine e il rischio di istituzionalizzazione.

9 – Consolidare i rapporti con gli specialisti (ospedalieri e ambulatoriali) al fine di una maggiore integrazione.

10 – Modificare procedure ad alto grado di burocrazia per evitare:

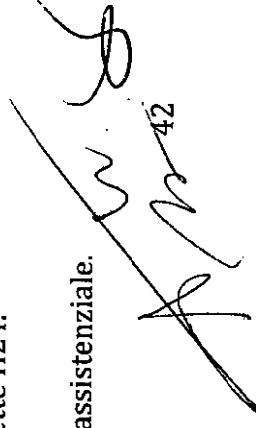
- ripetizioni di contenuti professionali;
- allungamento dei tempi di risposta alla persona;
- riduzione dei passaggi amministrativi ripetitivi.

11 – Sviluppare l'informazione nei riguardi delle persone al fine di sostenere gli interventi di appropriatezza sulle prescrizioni dei farmaci, degli esami di laboratorio o strumentali. (spendere/investire bene le risorse)

Pertanto le azioni 2016-2018 individuate dalle varie aree di attività territoriale sono le seguenti:

AREA ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA PRIMARIA

- 1) Costituzione di un unico Distretto previsto dal nuovo Atto Aziendale con mantenimento della distinzione del territorio per Aree Territoriali Omogenee (ATO) in particolare per quanto riguarda il Comitato dei Sindaci di Distretto, secondo l'attuale suddivisione Area Cusio, Area Verbano, Area Ossola.
- 2) Ridefinizione degli ambiti territoriali di scelta passando dagli attuali 12 a 3 coincidenti con gli attuali distretti o in alternativa a 8 possibili aree coincidenti con le AFT monoprofessionali dei MMG.
- 3) Partecipazione alla realizzazione della Centrale Operativa 116-117 (124) per la gestione delle urgenze socio-sanitarie territoriali secondo le indicazioni Regionali.
- 4) Realizzazione in ogni ATO di una "Casa della Salute" (GCCP/UCCP/UTAP) che eroga prestazioni 7 giorni su sette H24.
- 5) Messa in rete degli ambulatori dei MMG appartenenti alla AFT con la "Casa della Salute di riferimento".
- 6) Messa in rete dei percorsi clinico assistenziali con particolare riguardo alle dimissioni protette in continuità assistenziale.



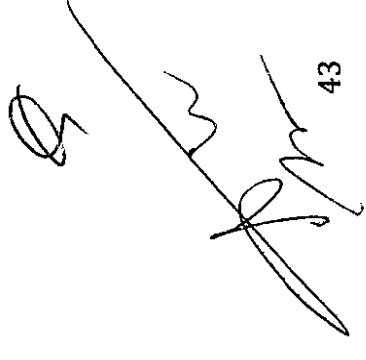
AREA PRODUZIONE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA PRIMARIA

- 1) Sviluppo della domiciliarità e costituzione dei posti letto domiciliari anche con l'ausilio del personale delle RSA ad integrazione del personale ASL.
- 2) Sviluppo di sistemi di tele monitoraggio dei pazienti cronici con l'utilizzo di sistemi ICT che permettano la presa in carico integrata del paziente cronico tra MMG, Specialista e Infermiere del territorio.
- 3) Diffusione dei Posti Letto di CAVS attualmente presenti presso l'Eremo di Miazina nell'Area del Verbano anche alle altre aree Cusio e Ossola da trasformazione di Posti Letto di RSA.
- 4) Incremento progressivo dei Posti Letto in RSA per anziani non autosufficienti fino al raggiungimento dello standard di 1,7% della popolazione maggiore di 65 anni dato attuale 1,39%.
- 5) Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche attraverso la riduzione della domanda inappropriata e la definizione puntuale dell'offerta sia da parte delle strutture pubbliche che delle strutture private accreditate.

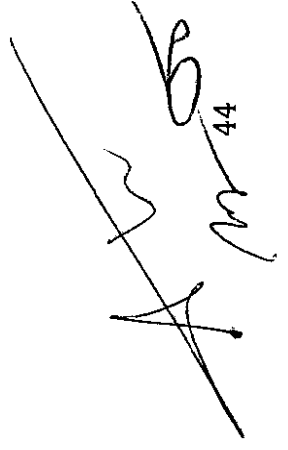
AREA DI PREVENZIONE

Azioni di prevenzione programmate per il 2016

Alimentazione e attività fisica
• prosecuzione della valutazione dei menu, della vigilanza nutrizionale e ai controlli di sicurezza alimentare nella ristorazione collettiva (scolastica e assistenziale); • prosecuzione interventi per migliorare la porzionatura nella ristorazione scolastica in modo da adeguare l'apporto nutrizionale e diminuire gli avanzzi alimentari; • prosecuzione dell'attività di sportelli nutrizionali/ ambulatori per interventi individuali e di gruppo nei confronti di persone sovrappeso/obese, di persone affette da celiachia e di operatori del settore alimentare.
"Casa Amica"
prosecuzione del progetto educativo per la prevenzione degli incidenti domestici rivolto agli alunni delle classi 5° delle scuole primarie dell'ASL VCO.
Gruppi di camminamento per anziani
nel 2016 è previsto l'inizio dell'attività destinata alla popolazione adulta, ma soprattutto ultra



64enne anche attraverso l'identificazione/preparazione di percorsi che valorizzino l'ambiente lacustre-montano dell'ASL VCO, polo attrattivo turistico dell'intero Piemonte.
OKkio alla Salute nel 2016 è prevista la V° raccolta dati della sorveglianza nazionale, coordinata dall'ISS, che indaga lo stato ponderale dei bambini della scuola primaria, le loro abitudini alimentari, l'attività fisica e le attività sedentarie, l'ambiente scolastico ed il suo ruolo nella promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica. Saranno coinvolti circa 20 classi di altrettante scuole, più di 300 bambini ed i loro genitori ed i direttori scolastici. E' una sorveglianza fondamentale per l'attuazione di interventi di prevenzione e per la loro valutazione. PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) prosegue la sorveglianza sulla salute, gli stili di vita e l'utilizzo dei servizi sanitari delle persone tra 18 e 69 anni; è una sorveglianza che permette in tempi brevi di conoscere i fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili, di controllarli nel tempo e di attuare gli interventi di prevenzione necessari. Conoscere per agire! Consolidamento dell'alleanza scuola / sanità per le Scuole che promuovono Salute sono iniziate nel 2015 e proseguiranno nel 2016 contatti formali con Enti e Associazioni per l'individuazione (entro il 2018) di priorità e modalità di intervento nella scuola. Catalogo di promozione e disseminazione di Buone Pratiche nel 2016 verrà proposto alle scuole un catalogo di interventi basato sulle migliori prove di efficacia disponibili e sarà reso accessibile a tutte le scuole del territorio nel rispetto del criterio di equità. Attività fisica continua la collaborazione del Coordinatore del PLP e del RepES con il CRAL aziendale, per interventi sull'attività fisica dei dipendenti ASL ed i loro familiari nel 2016 attraverso la promozione di iniziative motorie; a tale scopo, le dietiste del SIAN hanno elaborato 3 brochure con indicazioni e suggerimenti per un corretto rapporto attività fisica-alimentazione, individuando e modificando alcuni comportamenti a rischio, sostituendoli con stili di vita salutari. Le 3 brochure hanno i seguenti titoli: - Attività motoria - Dieta e movimento - Aperitivo in movimento. e sono a disposizione presso SIAN e Servizio Relazioni con il Pubblico.



AREA DELLE DIPENDENZE

ALCOL E PATOLOGIE ALCOL CORRELATE

- Corso di formazione-Settimana di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati e complessi secondo la metodologia dei Club Alcolologici Territoriali, rivolta a operatori sanitari, sociali, volontari, ex alcolisti, in collaborazione con "l'ACAT VCO – Diamoci la mano", Implementando la cultura alcolologica ecologico-sociale di stakeholder ed operatori sanitari del territorio.
- Partecipazione al programma regionale del Piano Regionale della Prevenzione, azioni 4.2.3 e 4.2.4 per la riduzione del consumo dannoso di alcol. Partecipazione corso regionale per la formazione dei formatori locali.
- Monitoraggio PDTA Presa in carico paziente alcolista o con patologie alcol correlate e PDTA tumori della laringe

GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

- Lavoro costante in rete con i Consorzi dei Servizi Sociali, le Amministrazioni Comunali e le Organizzazioni del Privato Sociale presenti sul territorio al fine di sperimentare una rete di supporto che preveda sostegno sociale, counselling finanziario, supporto psicologico e che favorisca un aggancio precoce del giocatore.
- Integrazione con la rete di riassetto territoriale delle cure primarie prevista dal PAT. Attivazione punti di ascolto ed accoglienza presso la UCCP (cosiddette case della salute)

INCLUSIONE SOCIALE E - INSERIMENTI LAVORATIVI

- Consolidamento della rete territoriale con Cooperative Sociali, Centro per l'impiego, Consorzi dei Servizi Sociali, Privato sociale, Amministrazioni Locali sensibili, CFP.
- Attivazione di tirocini c/o cooperative sociali, aziende private o Amministrazioni Comunali

ATTIVITA' DI RIDUZIONE DEL DANNO

- Consolidamento della rete per la concertazione delle attività integrate sulla marginalità, costituita dagli enti coinvolti (SerT, Consorzi dei Servizi Sociali del Verbano, del Cusio e dell'Ossola, Comuni sensibili ecc) attraverso un tavolo di confronto locale, uno per il Cusio, uno per l'Ossola e uno per il Verbano che si riunirà periodicamente.
- Interventi educativi individualizzati territoriali.
- Partecipazione al gruppo di lavoro ASL VCO – COQ per la gestione dei pazienti HCV positivi: condivisione protocolli di screening, definizione criteri di inserimento lista d'attesa per accedere alle nuove terapie e successiva gestione integrata.
- Attivazione protocollo di collaborazione con DP per la vaccinazione HBV in pazienti tossicodipendenti

RESIDENZIALITA'

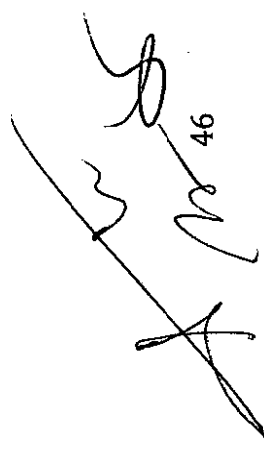
Sul territorio dell'ASL VCO insistono le Strutture residenziali dell'Associazione "Gruppo Abele di Verbania ONLUS" : "Comunità Breve Crisalide" e "Comunità Doppia Diagnosi Giano". Azioni:



- Verifica della possibilità e messa in atto di un servizio finalizzato al trattamento residenziale ad alta, media e bassa intensità terapeutica nell'ambito delle dipendenze.
- Nel quadro di un'unica struttura per il trattamento residenziale, l'Associazione Gruppo Abele propone il seguente standard organizzativo (in attesa di approvazione regionale):
- modulo di 5 posti letto, a riduzione parziale Comunità Doppia Diagnosi Giano, standard funzionali proporzionali a STS 13-E, retta specialistica STS 13-E (Alta Intensità Terapeutica)
 - modulo di 15 posti letto, a continuazione Sperimentazione Comunità Breve Crisalide, standard funzionali ordinari STR 12-A, retta di comunità STR 12-A (Media Intensità Terapeutica)
 - modulo di 5 posti letto di cosiddetta Comunità Leggera, a riconversione parziale Comunità Doppia Diagnosi Giano, standard funzionali proporzionali a STR 12-A, retta di comunità STR 12-A (Bassa Intensità Terapeutica)
- Azione di ricerca e studio finalizzati alla valutazione e al monitoraggio degli inserimenti degli utenti in percorsi residenziali e domiciliari presenti sul territorio.
 - Monitoraggio Procedura Operativa per l'inserimento in strutture residenziali accreditate di pazienti con dipendenze patologiche
- PREVENZIONE SELETTIVA**
1. Attivazione gruppo di lavoro: Dalla prevenzione alla presa in carico, percorsi evolutivi di crescita, gestione episodi critici. ASL VCO: SerD, Dipartimento Prevenzione, Servizio di Psicologia, DMI, DSM: Consorzi dei Servizi sociali del Cusio, dell'Ossola, del Verbano: Privato Sociale accreditato competente.
 2. "Sicura la Notte"
 3. "UNPLUGGED"
 4. Prevenzione incidenti stradali alcol-droga-correlati in Istituti professionali
 5. Prevenzione - sensibilizzazione al GAP

AREA DELLA SALUTE MENTALE

1. Riassetto organizzativo assistenza ambulatoriale e domiciliare: i bisogni dei pazienti psichiatrici sono radicalmente cambiati negli ultimi decenni. Sempre di più si avverte la necessità di integrare la consueta assistenza territoriale fornita dai CSM con l'attivazione di servizi/ambulatori specialistici che operano su dimensioni più ampie (Dipartimentali e/o Interdipartimentali). Risulta necessario quindi attivare una specifica formazione al fine di costituire equipe dedicate che sappiano rispondere in modo adeguato ai nuovi bisogni di salute.
 - a. DSM di Quadrante: integrare i servizi, attraverso l'accordo con altri DSM del quadrante, al fine di attivare ambulatori dedicati a:
 - i. comorbidità (con partecipazione del SERD),
 - ii. disturbi del comportamento alimentare,
 - iii. diagnosi e trattamento precoce degli esordi psicotici,



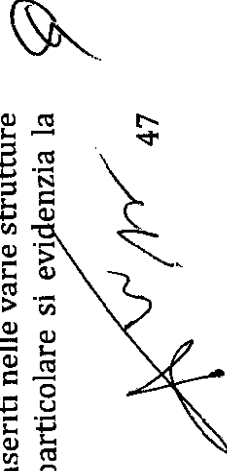
- iv. psicogeriatra
- v. trattamento dei gravi disturbi di Personalità,
- vi. trattamento di cittadini stranieri attraverso un approccio di tipo etnopsichiatrico.

2. Riassetto organizzativo assistenza semiresidenziale: l'assistenza territoriale semiresidenziale negli anni si è trasformata da intervento di sostegno diurno per pazienti con alto livello di cronicità verso forme più evolute che prevedono la partecipazione degli utenti a specifiche attività mirate al miglioramento delle autonomie personali sui tre assi di intervento: Casa, socialità e lavoro. Particolare attenzione deve essere posta al possibile reinserimento lavorativo, inteso come essenziale strumento terapeutico, con modalità diversificate (Tirocini lavorati, borse lavoro, laboratori incentivati). Si deve prevedere una implementazione di tali attività continuando a sostenere il ruolo dell'attività lavorativa come snodo essenziale del percorso riabilitativo. Risulta necessario offrire ai pazienti contesti e opportunità dove poter sperimentare le abilità acquisite. Senza questo passaggio si corre il rischio di vanificare ogni intervento riabilitativo.

3. Riassetto organizzativo assistenza residenziale: Premesso che la Regione Piemonte presenta un numero rilevante di posti letto in strutture residenziali psichiatriche, al di sopra degli standard previsti e della media nazionale e che rispetto alla media regionale l'ASLVCO è una delle AA.SS.LL. con un minor tasso di posti letto in strutture residenziali, l'attenzione deve essere posta sulla definizione di percorsi che favoriscano l'uscita dei pazienti dal circuito psichiatrico. In sintesi si possono individuare due possibili vie di uscita dal sistema residenziale che, se protratto troppo a lungo, non solo perde la sua efficacia ma può diventare elemento induttore di cronicità:

- 1) Passaggio verso forme evolute di domiciliarità. Alcuni pazienti raggiungono un buon livello di autonomia e potrebbero avviare un percorso di domiciliarità assistita. Tale percorso è spesso ostacolato dall'assenza di una famiglia di riferimento e dall'impossibilità da parte del sistema sanitario di sostenere le quote della parte assistenziale (affitto, utenze, vitto, ecc.). In accordo con i Servizi Sociali sarebbe quindi essenziale definire percorsi dedicati e concordati tali da garantire la possibilità di inserimento in civile abitazione dei pazienti che hanno raggiunto un buon livello di autonomia. Il Sistema Sanitario dovrebbe garantire l'assistenza domiciliare, definita in base agli specifici bisogni del singolo paziente, e i Servizi Sociali dovrebbero garantire la parte di spesa assistenziale
- 2) Ricollocazione dei pazienti in strutture socioassistenziali - Credo sia necessario partire da due considerazioni generali:
 - o Le strutture psichiatriche (SRP1, SRP2, SRP3) devono rispondere a dei bisogni riabilitativi propri di pazienti con gravi patologie psichiatriche
 - o L'individuazione della struttura idonea risponde solo in parte a criteri diagnostici ma deve soprattutto risultare adeguate ai bisogni assistenziali dei singoli pazienti

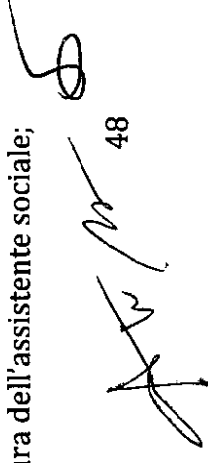
Ciò premesso la rivalutazione in atto, a seguito dell'applicazione della DGR 30 del 2015, di tutti i pazienti inseriti nelle varie strutture a carico del DSM, dovrebbe offrire la possibilità di ridefinire la corretta collocazione dei pazienti. In particolare si evidenzia la



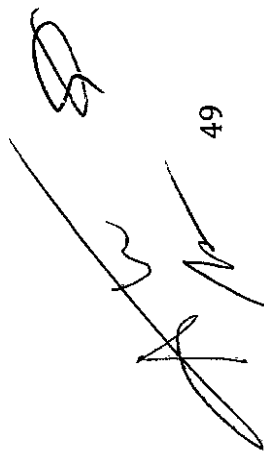
necessità di definire protocolli condivisi con le UMVD e le UVG aziendali e con i Servizi Sociali al fine di garantire la presa in carico dei pazienti in relazione ai loro effettivi bisogni assistenziali.

AREA MATERNO INFANTILE

1. **Screening autismo:** si propone di inserire la M-CHAT nei bilanci di salute on line dei PLS a 18 mesi. Appare necessaria la costruzione di un percorso preferenziale, con la collaborazione della SOC di Neuropsichiatria Infantile, di approfondimento della diagnosi di Autismo. La NPI è disponibile a costruire sia i progetti formativi da condividere con i PLS che i percorsi diagnostici e le modalità per la successiva presa in carico.
2. **Prevenzione obesità:** nell'ASL VCO vi è una prevalenza dell'obesità/sovrappeso infantile ai limiti superiori rispetto al Piemonte. Una recente esperienza effettuata con i PLS presso l'ASL di Vercelli ha permesso di dimostrare che un counselling mirato (soprattutto nelle età più basse) è efficace in modo statisticamente significativo nel ridurre il sovrappeso/obesità nella popolazione seguita. Pertanto si propone di mettere nei bilanci di salute on line dei PLS i dati auxologici di ogni paziente e in automatico il suo posizionamento percentile sulle curve di crescita e calcolo del BMI. Questi dati ci permetterebbero di avere il punto di partenza locale per valutare la efficacia di qualsiasi futuro intervento; parallelamente dovrà essere attivato un percorso formativo di counselling per i PLS ed una corsia preferenziale di consulenza dietologica ed endocrinologica per i casi più gravi.
3. **Transitional care:** uno dei momenti critici per un ragazzo affetto da malattia cronica/rara/disabilità è il passaggio dalle competenze pediatriche a quelle dell'adulto. Questo è ancora più evidente per le malattie rare e sindromi che, non permettendo fino ad ora lo svilupparsi di competenze adeguate, soprattutto nel medico di base o nello specialista di organo ed apparato dell'adulto. Si propone la creazione di un percorso integrato PLS/MMG che nell'anno di transizione dal PLS al MMG preveda per i casi particolari almeno 2 incontri tra gli operatori (sanitari e sociali) e la famiglia con la istituzione di una scheda "riassuntiva" sanitario-assistenziale che espliciti il progetto di cura successivo e le eventuali peculiarità in emergenza.
4. **UCCP pediatrica:** gli obiettivi delle UCCP sono ben noti; entro il 31 dicembre la Regione comunicherà la sede di DEA e quindi la localizzazione della Pediatria e Ginecologia e del Punto Nascita. Nell'altra sede è possibile prevedere una UCCP pediatrica che copra la attività dalle ore 8 alle ore 20. Nelle altre ore e negli altri giorni è possibile prevedere un servizio di reperibilità, magari sostenuto da personale ospedaliero, se in numero adeguato. Infatti una UCCP pediatrica permetterebbe di
 - intercettare tutti i codici bianchi e verdi che in modo inappropriato si rivolgono al PS;
 - permetterebbe di valorizzare tutte quelle competenze specialistiche che molte volte sono presenti nei medici del territorio ma sono delegate ad altri medici ospedalieri;
 - permetterebbe di incrementare la presa in carico globale del bambino e della sua famiglia attraverso la attivazione di progetti specifici e condivisi tra gli attori;
 - permetterebbe di potenziare la attività di screening ma soprattutto di implementarne il monitoraggio;
 - potenzierebbe l'attenzione verso la sfera del sociale, magari condividendo con i consultori la figura dell'assistente sociale;

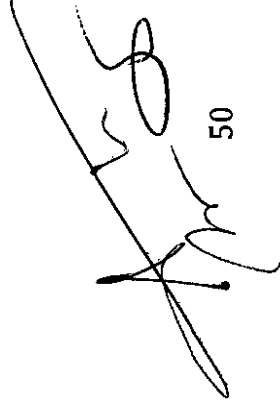


- permetterebbe di iniziare lo sviluppo di una medicina di iniziativa per promuovere i corretti stili di vita per tutta la famiglia.
- 5. **Certificazione UNICEF "territorio amico del bambino":** l'ospedale Castelli ha ottenuto la certificazione UNICEF di Ospedale Amico del Bambino nel 2010 ed è stata rinnovata nel 2014. In quella occasione i valutatori ci hanno consigliato di affrontare anche la certificazione per il Territorio, perché la qualità del lavoro in atto e l'impegno burocratico/formale erano già a buon punto.
- 6. **Piano formativo per insegnanti:** è di questi giorni la richiesta formale di effettuare lezioni agli operatori scolastici del VCO su argomenti di tipo sanitario in relazione alla gestione delle principali criticità sanitarie che possono interessare gli studenti, quali la somministrazione di farmaci nell'ambito scolastico. Sono già stati attuati alcuni incontri con il referente per la formazione del Provveditorato agli studi del VCO ed è già stato fatto un incontro sulla gestione del bambino diabetico e sono state stabilite alcune date per altre criticità, da affrontare nel 2016.
- 7. **Screening per i disturbi visivi nell'infanzia:** a partire dal gennaio 2016 viene riproposto lo screening per i disturbi visivi nel bambino, coordinato dal personale tecnico ortottista, che comporta la valutazione dei bambini in età scolare per l'ambliopia e per i principali disturbi visivi dell'infanzia. Tale progetto prevede l'invito con lettera ai genitori dei bambini tra i 4 e i 5 anni di tutte le scuole del VCO, a presentarsi presso gli ambulatori di Verbania, Omegna, Domodossola, e Stresa, in date predefinite, dove verrà effettuata la valutazione e, qualora vengano riscontrati difetti visivi, verrà attuata la presa in carico con l'invio presso lo specialista oculista dell'ASL.
- 8. **Dimissione ospedaliera:** si propone, al fine di migliorare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, di inviare il foglio di dimissione in tempo reale per mail al PLS alla dimissione di ogni bambino ospedalizzato o visto in Pronto Soccorso.

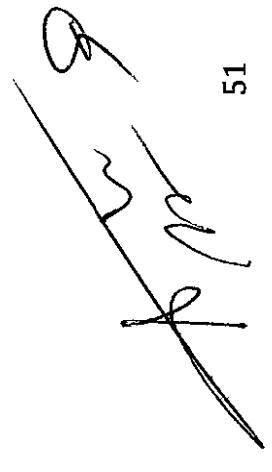


Per la realizzazione di quanto sopradescritto, sono state costruite, secondo le indicazioni della circolare attuativa della Direzione Sanità prot. 17303 del 16.09.2015 allegato 3, schede specifiche per la definizione dei progetti di miglioramento per il triennio 2016-2018, qui di seguito elencate:

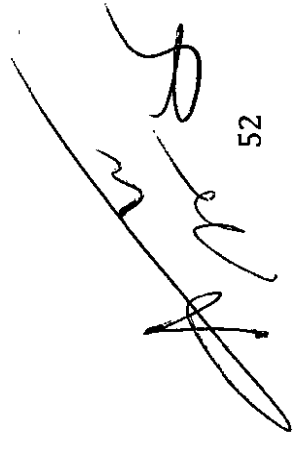
ASL – VCO	scheda 1 – punto 7
Distretto del VCO	
Sottolivello assistenziale - Assistenza territoriale	
Responsabile – Direttore Distretto	
Corresponsabili – Direttore Gestione Attività Territoriali, SITRPO, CISS, MMG, MCA, Direttore DEA	
Denominazione del progetto di miglioramento – REALIZZAZIONE CENTRALE 116-117 (124)	
Lo scopo è quello di garantire una risposta completa e continuativa alle “urgenze” territoriali al fine di rispondere in modo appropriato alle domande e ai bisogni che emergono dal territorio. Tale progetto, sperimentale nella nostra ASL, si propone anche l'obiettivo di migliorare l'integrazione tra l'attività del DEA, della Guardia Medica e della Medicina Generale al fine di ridurre l'inappropriatezza degli accessi DEA garantendo una risposta per la gestione delle urgenze territoriali sia di ordine sanitario sia di ordine sociale.	
Cronoprogramma:	
- gennaio 2016: identificazione sede, operatori e strumentazione, in collaborazione con ASL NO e 118 regionale	
- giugno 2016: formazione operatori e inizio attività, in collaborazione con ASL NO e 118 regionale	



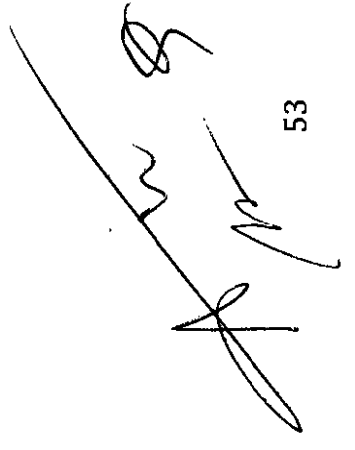
ASL – VCO	scheda 2 – punti 1,5
Distretto del VCO	
Sottolivello assistenziale – Cure Primarie, Domiciliarità e Residenzialità	
Responsabile – Direttore Gestione Attività Territoriali	
Corresponsabili – SOS Cure Primarie, SOS Assistenza Residenziale, SITRPO, MMG, NDCC(Nucleo Distrettuale Continuità delle Cure), NOCC(Nucleo Ospedaliero Continuità delle Cure), RSA, CISS, SOC Geriatria, Qualità	
Denominazione del progetto di miglioramento – SVILUPPO DELLE CURE DOMICILIARI e DELLE CURE INTERMEDIE PER IL MANTENIMENTO DEL PAZIENTE AL DOMICILIO	
Con questo progetto si vuole incrementare la presa in carico dei pazienti a domicilio sia in dimissione dall'Ospedale che per la cura delle patologie croniche e delle loro riacutizzazioni che non necessitano di ospedalizzazione. Tale obiettivo necessita del coinvolgimento delle Strutture Residenziali presenti capillarmente sul territorio al fine di garantire prestazioni di carattere sanitario assistenziale ad integrazione delle prestazioni fornite dai servizi di cure domiciliari che possano garantire una permanenza al domicilio sempre più adeguata alle necessità contingenti e per ridurre improprie istituzionalizzazioni. Garantire la Continuità Assistenziale per i pazienti che hanno difficoltà al rientro domiciliare o che necessitano di proseguire le cure in ambiente sanitario protetto prima del rientro al domicilio attraverso lo sviluppo di posti letto di CAVS diffusi sul territorio. Tali posti possono essere realizzati presso le RSA che si candidano e che hanno i requisiti previsti dalla normativa e/o in trasformazione dei posti letto ex art. 26. L'attuazione dello sviluppo dei posti letto CAVS è vincolato alle indicazioni della Regione Piemonte	
Cronoprogramma:	
- gennaio 2016: formalizzazione della procedura aziendale per la continuità assistenziale - entro marzo 2016: incontri tra Resp. SOS cure primarie e MMG, NDCC, NOCC per individuare/potenziare percorsi condivisi di dimissione protetta domiciliare; - entro giugno 2016: identificazione e attivazione di posti CAVS presso RSA e implementare con i CISS e le RSA disponibili le prestazioni socio-sanitarie domiciliari - entro settembre 2016: attivazione 30 p/l nelle RSA dell'Ossola - entro dicembre 2016: attivazione 25 p/l nelle RSA del Cusio - entro dicembre 2017: riconversione 20 p/l (riconversione ex art. 26)	



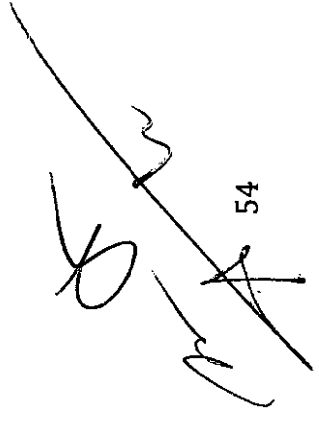
ASL – VCO	scheda 3 – punto 1,6
Distretto del VCO	
Sottolivello assistenziale - Assistenza territoriale	
Responsabile – Direttore Distretto - Direttore Gestione Attività Territoriali	
Corresponsabili – MMG, SITORPO, MCA, PLS, SPECIALISTI, CISS	
Denominazione del progetto di miglioramento – REALIZZAZIONE DELLE AGGREGAZIONI DEI MMG, PLS, MCA E ALTRI SOGGETTI IN AFT, GCCP O CASE DELLA SALUTE	
A seguito degli incontri avuti nei mesi scorsi con i MMG in cui è emersa la disponibilità ad aggregarsi per realizzare delle forme associative per migliorare l'assistenza territoriale e intercettare l'inappropriatezza dei pazienti che si recano al DEA, si è condivisa anche con i Comitati dei Sindaci di Distretto, la necessità di procedere alla ridefinizione degli ambiti territoriali salvaguardando la specificità del territorio e la costituzione di AFT coincidenti con gli ambiti territoriali. Contemporaneamente considerare le proposte aggregative giunte per procedere alla realizzazione di un GCCP (Casa della salute) almeno per ogni territorio corrispondente agli attuali distretti.	
Cronoprogramma:	
- entro febbraio 2016: valutazione dei progetti di aggregazione presentati dai MMG	
- entro marzo 2016: ridefinizione degli Ambiti Territoriali	
- entro giugno 2016: costituzione delle AFT e identificazione progetti di avvio UCCP	
- entro dicembre 2016: valutazione, attuazione e avvio AFT e progettazione UCCP	



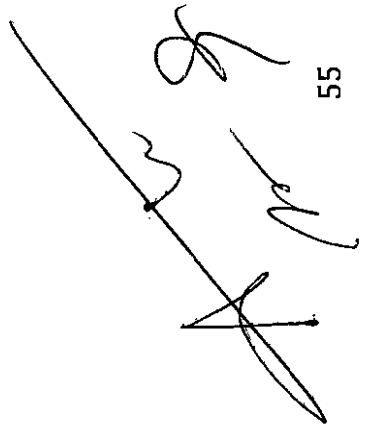
ASL – VCO	scheda 4 – punti 1,3,5
Distretto del VCO	
Sottolivello assistenziale - Organizzazione	
Responsabile – Sistema Informativo Aziendale	
Corresponsabili – Direttore Distretto - Direttore Gestione Attività Territoriali, MMG, PLS, MCA, Direttore DEA, DSO	
Denominazione del progetto di miglioramento – <i>MESSA IN RETE DEGLI AMBULATORI DEI MMG/PLS/MCA/124/DEA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE NEI DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI</i>	
Si vuole giungere alla creazione di un Portale per la gestione del percorso assistenziale del paziente sul territorio in connessione con il sistema dell'emergenza/urgenza (DEA /118/124), al fine di facilitare la continuità terapeutico assistenziale ed evitare il ricorso ad indagini ripetute nell'ottica anche della costruzione del FSE.	
Cronoprogramma:	
- entro marzo 2016: valutazione impatto economico per costruzione portale	
- entro giugno 2016: inizio attività del portale con monitoraggio	



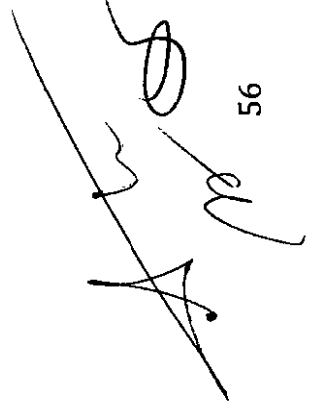
ASL – VCO	scheda 5 – punto 3
Distretto del VCO	
Sottolivello assistenziale - Assistenza territoriale	
Responsabile – Direttore Distretto - Direttore Gestione Attività Territoriali	
Corresponsabili – Sistema Informativo, MMG, DSO	
Denominazione del progetto di miglioramento – <i>TELEMEDICINA</i>	
Per migliorare la presa in carico dei pazienti con patologie croniche ed evitare inappropriati accessi alla struttura ospedaliera e all'ambulatorio specialistico e del MMG si prevede un rafforzamento del sistema di telemedicina con un'estensione anche ad altre patologie , oltre al diabete, che necessitano di monitoraggio continuo. Ciò determina, come dimostrato in questi anni nella gestione dei pazienti diabetici, una migliore adesione terapeutica e compliance assistenziale con conseguente maggior compenso e riduzione degli accessi impropri sia alla struttura ospedaliera che nell'ambulatorio del MMG.	
Cronoprogramma:	
- entro febbraio 2016: valutazione impatto economico e incremento software e presidi per telemedicina - entro aprile 2016: verifica fattibilità con supporto dei MMG e specialisti e costruzione PDTA condivisi - entro giugno 2016: inizio attività	



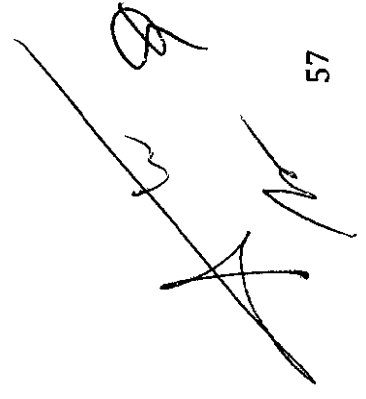
ASL – VCO	scheda 6 – punto 8
Distretto del VCO	
Sottolivello assistenziale - Assistenza territoriale	
Responsabile – Direttore Distretto	
Corresponsabili – Direttore Gestione Attività Territoriali, SITRPO, CISS, Geriatria, RSA	
Denominazione del progetto di miglioramento – WELFARE IN AZIONE - WELFARE DI COMUNITÀ E INNOVAZIONE SOCIALE	
L'ASL VCO partecipa come partner al progetto "Welfare in Azione", finanziato dalla Fondazione Comunitaria CARIPLO che comporta la presa in carico preventiva di soggetti > 65 anni definiti "vulnerabili" con azioni di sostegno alla domiciliarità e contrasto alla solitudine nell'ottica della prevenzione della condizione di non autosufficienza e della Istituzionalizzazione:	
Cronoprogramma:	
- novembre 2015: adesione al progetto	
- dicembre 2016: 100 pazienti presi in carico	
- dicembre 2017: 400 pazienti presi in carico	
- dicembre 2018: 700 pazienti presi in carico	



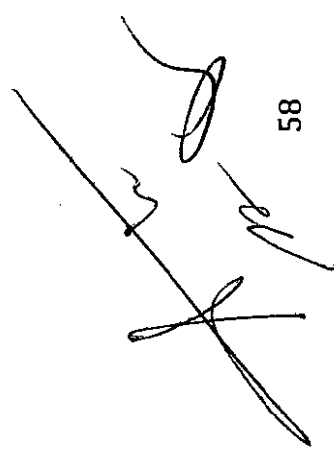
ASL – VCO	scheda 7 – punti 2,8
Distretto del VCO	
Sottolivello assistenziale - Assistenza residenziale – RSA per anziani	
Responsabile – Direttore Gestione Attività Territoriali	
Corresponsabili –SOC Assistenza Residenziale, SOC Geriatria, CISS	
Denominazione del progetto di miglioramento – INCREMENTO DI POSTI LETTO RSA e di SOLLIEVO con SVILUPPO delle FUNZIONI TERRITORIALI delle RSA	
Attualmente i posti letto convenzionati per anziani non autosufficienti in ASL VCO sono 569 di RSA e 38 di NAT per un totale di 607 pari al 1.39% della popolazione > 65 anni. Lo standard che si intende raggiungere come da Indicazioni Regionali è di 1,7% pari a 731 P.L.; ciò comporta indirettamente anche un incremento dei posti letto utilizzabili per i ricovero di sollievo. Inoltre si intende sviluppare le funzioni di supporto territoriale delle RSA attraverso l'implementazione di attività ora prettamente istituzionali, quali prelievi(ASL), medicazioni (ASL), pasti a domicilio (CISS), ecc	
Cronoprogramma: - entro il 2016: incremento di 30 p/l convenzionati nelle RSA + almeno 1 RSA per ambito ex-distrettuale coinvolta - entro il 2017: incremento di 50 p/l convenzionati nelle RSA + almeno 2 RSA per ambito ex-distrettuale coinvolte - 2018: incremento di 44 p/l convenzionati nelle RSA + almeno 3 RSA per ambito ex-distrettuale coinvolte	



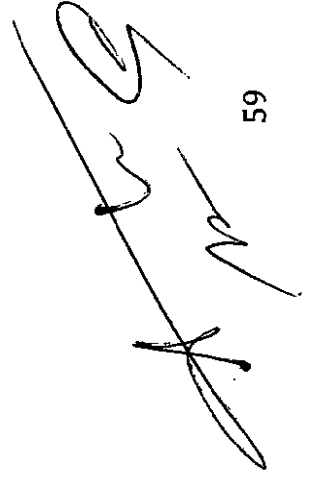
ASL – VCO	scheda 8 – punto 4,9
Distretto del VCO	
Sottolivello assistenziale - Assistenza specialistica	
Responsabile – Responsabile SOS Specialistica	
Corresponsabili – Direttore Distretto, Direttore Gestione Attività Territoriali, MMG, Strutture Accreditate, Qualità	
Denominazione del progetto di miglioramento – RIDUZIONE TEMPI DI ATTESA PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	
Si vuole raggiungere questo obiettivo attraverso il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con la definizione di percorsi clinico-assistenziali condivisi tra MMG e Specialisti ambulatoriali sia aziendali che delle strutture accreditate. Tale necessità è emersa anche dagli incontri con i MMG e con gli Specialisti. Si intendono inoltre stabilire degli accordi con le strutture accreditate per prestazioni inerenti il fabbisogno del territorio, per una maggiore integrazione di queste con le strutture aziendali.	
Cronoprogramma:	
- entro febbraio 2016: Costituzione di Gruppi di lavoro tra MMG e Specialisti per la creazione di PDTA condivisi - entro marzo 2016: Accordi con le Strutture Accreditate per agire sul fabbisogno di prestazioni specialistiche - entro dicembre 2016: Presentazione dei PDTA in seduta plenaria con MMG e Specialisti	



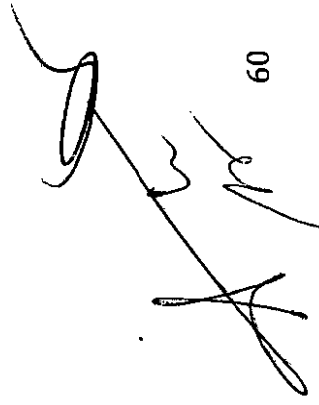
ASL – VCO	scheda 9 – punto 10
Distretto del VCO	
Sottolivello assistenziale - Organizzazione	
Responsabile – Direttore Distretto	
Corresponsabili – SOS Integrativa-Protesica, SOC Gestione Attività Territoriali, MMG, PLS, CISS, URP	
Denominazione del progetto di miglioramento – SEMPLIFICAZIONE PROCEDURE AMMINISTRATIVE TERRITORIALI	
Si vuole identificare le procedure amministrative che presentano maggiore criticità nell'aspetto burocratico al fine di evitare ripetizione di contenuti professionali, allungamento dei tempi di risposta agli utenti e riduzione di passaggi amministrativi ripetitivi.	
Cronoprogramma:	
- entro marzo 2016: costituzione di un Gruppo di lavoro tra SOS Integrativa-Protesica, MMG e Specialisti per la individuazione delle procedure di maggiore criticità burocratica - entro giugno 2016: presentazione da parte del Gruppo delle procedure semplificate e condivise - entro ottobre 2016: conclusione verifica fattibilità e/o applicabilità	



ASL – VCO	scheda 10 – punto 11
Distretto del VCO	
Sottolivello assistenziale - Organizzazione	
Responsabile – Direttore Distretto	
Corresponsabili – SOC Gestione Attività Territoriali, MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali	
Denominazione del progetto di miglioramento – INTERVENTI INFORMATIVI a SOSTEGNO DELL'APPROPRIATEZZA sull'UTILIZZO DELLE RISORSE	
Il progetto intende sviluppare l'informazione nei riguardi delle persone al fine di sostenere gli interventi di appropriatezza sulle prescrizioni dei farmaci, degli esami di laboratorio o strumentali (spendere/investire bene le risorse), attraverso la divulgazione di materiale informativo agli utenti che accedono agli ambulatori dei MMMG e degli Specialisti. Il materiale individuato è stato elaborato da Slow medicine e da Altroconsumo.	
Cronoprogramma:	
- entro gennaio 2016: ricerca e valutazione di materiale informativo da condividere negli Uffici di Coordinamento Distrettuale per la successiva divulgazione attraverso le modalità concordate - da marzo 2016: distribuzione del materiale concordato	



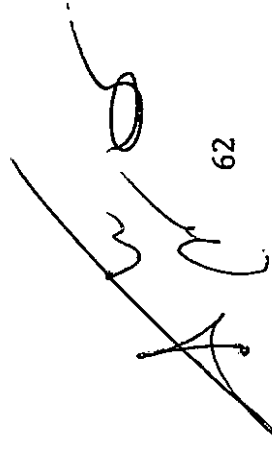
ASL – VCO	
scheda 11 – punto 2	
Distretto del VCO	
Sottolivello assistenziale - Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica	
Responsabile – Direttore DSM	
Corresponsabili – Direzione Sanitaria Aziendale	
Denominazione del progetto di miglioramento – RIASSETTO ORGANIZZATIVO ASSISTENZA AMBULATORIALE E DOMICILIARE PSICHIATRICA	
I bisogni dei pazienti psichiatrici sono radicalmente cambiati negli ultimi decenni. Sempre di più si avverte la necessità di integrare la consueta assistenza territoriale fornita dai CSM con l'attivazione di servizi/ambulatori specialistici che operano su dimensioni più ampie (Dipartimentale/o Interdipartimentali). Risulta necessario quindi attivare una specifica formazione al fine di costituire equipe dedicate che sappiano rispondere in modo adeguato ai nuovi bisogni di salute. Occorre integrare i servizi, attraverso l'accordo con altri DSM del quadrante, al fine di attivare ambulatori dedicati a: comorbidità (con partecipazione del SERD), disturbi del comportamento alimentare, diagnosi e trattamento precoce degli esordi psicotici, trattamento dei gravi disturbi di Personalità, psicogeriatra, trattamento di cittadini stranieri attraverso un approccio di tipo etnopsichiatrico. I recenti fatti di cronaca hanno riproposto la necessità di giungere alla definizione di un protocollo operativo per la messa in atto dei trattamenti obbligatori previsti per legge, condiviso con tutti gli enti interessati (Comuni, Forze dell'ordine, Magistratura) e valido sull'intero ambito territoriale dell'ASL.	
Cronoprogramma 2016 in accordo con le AA.SS.LL facenti parte del Dipartimento Interaziendale: - Ambulatorio per la Diagnosi e trattamento precoce degli esordi psicotici - Ambulatorio di Psicogeriatra - Ambulatorio comorbidità - Ambulatorio per il trattamento dei gravi Disturbi di Personalità –in collaborazione con le AA.SS.LL facenti parte del Dipartimento interaziendale - ambulatorio di etnopsichiatra - Definizione protocollo per i trattamenti obbligatori	



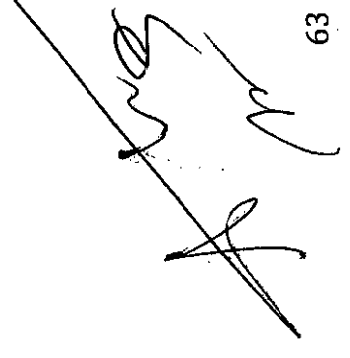
ASL – VCO	scheda 12 – punto 2
Distretto del VCO	
Sottolivello assistenziale - Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica	
Responsabile – Direttore DSM	
Corresponsabili –	
Denominazione del progetto di miglioramento – <i>RIASSETTO ORGANIZZATIVO ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE PSICHIATRICA</i>	
L'assistenza territoriale semiresidenziale negli anni si è trasformata da intervento di sostegno diurno per pazienti con alto livello di cronicità verso forme più evolute che prevedono la partecipazione degli utenti a specifiche attività mirate al miglioramento delle autonomie personali sui tre assi di intervento: Casa, socialità e lavoro. Particolare attenzione deve essere posta al possibile reinserimento lavorativo, inteso come essenziale strumento terapeutico, con modalità diversificate (Tirocini lavorativi, borse lavoro, laboratori incentivati). Si deve prevedere una implementazione di tali attività continuando a sostenere il ruolo dell'attività lavorativa come snodo essenziale del percorso riabilitativo. Risulta necessario offrire ai pazienti contesti e opportunità dove poter sperimentare le abilità acquisite. Senza questo passaggio si corre il rischio di vanificare ogni intervento riabilitativo.	
Cronoprogramma- 2016	
- Potenziamento attività di inserimento lavorativo = +5%	




ASL – VCO	scheda 13 – punto 2
Distretto del VCO	
Sottolivello assistenziale - Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica	
Responsabile - Direttore DSM	
Corresponsabili – Distretto – CISS	
Denominazione del progetto di miglioramento - RIASSETTO ORGANIZZATIVO ASSISTENZA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	
Premesso che la Regione Piemonte presenta un numero rilevante di posti letto in strutture residenziali psichiatriche, al di sopra degli standard previsti e della media nazionale e che rispetto alla media regionale l'ASL VCO è una delle AA. SS.LL. con un minor tasso di posti letto in strutture residenziali, l'attenzione deve essere posta sulla definizione di percorsi che favoriscano l'uscita dei pazienti dal circuito psichiatrico. In sintesi si possono individuare due possibili vie di uscita dal sistema residenziale che, se protratto troppo a lungo, non solo perde la sua efficacia ma può diventare elemento induttore di cronicità: - Passaggio verso forme evolute di domiciliarità. Alcuni pazienti raggiungono un buon livello di autonomia e potrebbero avviare un percorso di domiciliarità assistita. Tale percorso è spesso ostacolato dall'assenza di una famiglia di riferimento e dall'impossibilità da parte del sistema sanitario di sostenere le quote della parte assistenziale (affitto, utenze, vitto, ecc.). In accordo con i Servizi Sociali sarebbe quindi essenziale definire percorsi dedicati e concordati tali da garantire la possibilità di inserimento in civile abitazione dei pazienti che hanno raggiunto un buon livello di autonomia. Il Sistema Sanitario dovrebbe garantire l'assistenza domiciliare, definita in base agli specifici bisogni del singolo paziente, e i Servizi Sociali dovrebbero garantire la parte di spesa assistenziale - Ricollocazione dei pazienti in strutture socioassistenziali – Credo sia necessario partire da due considerazioni generali: - Le strutture psichiatriche (SRP1, SRP2, SRP3) devono rispondere a dei bisogni riabilitativi propri di pazienti con gravi patologie psichiatriche - L'individuazione della struttura idonea risponde solo in parte a criteri diagnostici ma deve soprattutto risultare adeguate ai bisogni assistenziali dei singoli pazienti Ciò premesso la rivalutazione in atto, a seguito dell'applicazione della DGR 30 del 2015, di tutti i pazienti inseriti nelle varie strutture a carico del DSM, dovrebbe offrire la possibilità di ridefinire la corretta collocazione dei pazienti. In particolare si evidenzia la necessità di definire protocolli condivisi con le UMVD e le UVG aziendali e con i Servizi Sociali al fine di garantire la presa in carico dei pazienti in relazione ai loro effettivi bisogni assistenziali.	



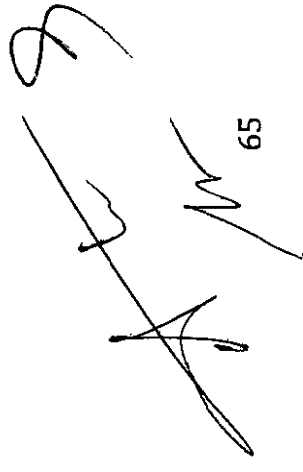
ASL – VCO	scheda 14
Distretto ASL VCO	
Sottolivello assistenziale – Assistenza territoriale - DMI	
Responsabile: Direttore Dipartimento Materno-Infantile	
Corresponsabili: Direttore NPI, PLS, Distretto, GAT	
Denominazione del progetto di miglioramento : <i>PRESA IN CARICO PRECOCE BAMBINI AUTISTICI</i>	
Descrizione: si propone di inserire la M-CHAT nei bilanci di salute on line dei PLS a 18 mesi. Appare necessaria la costruzione di un percorso preferenziale, con la collaborazione della SOC di Neuropsichiatria Infantile, di approfondimento della diagnosi di Autismo. La NPI è disponibile a costruire sia i progetti formativi da condividere con i PLS che i percorsi diagnostici e le modalità per la successiva presa in carico.	
Cronoprogramma: - entro marzo 2016: integrazione Accordi PLS per inserimento M-CHAT nei bilanci di salute on line - entro aprile 2016: incontri formativi aziendali per operatori del DMI e PLS sulle problematiche diagnostiche dell'autismo - entro giugno 2016: attivazione percorso per presa in carico precoce di bambini autistici	



ASL – VCO	scheda 15
Distretto ASL VCO	
Sottolivello assistenziale – Assistenza territoriale - DMI	
Responsabile: Direttore Dipartimeno Materno-Infantile	
Corresponsabili: Direttore NPI, PLS, Distretto, GAT	
Denominazione del progetto di miglioramento : <i>SCREENING PER I DISTURBI VISIVI NELL'INFANZIA</i>	
Descrizione:: a partire dal gennaio 2016 viene riproposto lo screening per i disturbi visivi nel bambino, coordinato dal personale tecnico ortottista, che comporta la valutazione dei bambini in età scolare per l'ambliopia e per i principali disturbi visivi dell'infanzia. Tale progetto prevede l'invito con lettera ai genitori dei bambini tra i 4 e i 5 anni di tutte le scuole del VCO, a presentarsi presso gli ambulatori di Verbania, Omegna, Domodossola, e Stresa, in date predefinite, dove verrà effettuata la valutazione e, qualora vengano riscontrati difetti visivi, verrà attuata la presa in carico con l'invio presso lo specialista oculista dell'ASL.	
Cronoprogramma:	
- entro febbraio 2016: stesura programmazione di inviti alla popolazione target e inizio attività	

Handwritten signature and initials in black ink, located at the bottom right of the page.

ASL – VCO	scheda 16
Distretto ASL VCO	
Sottolivello assistenziale – Assistenza territoriale - SERD	
Responsabile: Direttore Dip. delle Dipendenze	
Corresponsabili: direttore Distretto, DSO	
Denominazione del progetto di miglioramento : <i>RIDUZIONE DEL CONSUMO RISCHIOSO E DANNOSO DI ALCOL NELLA POPOLAZIONE DEL VCO</i>	
Descrizione: Dall'analisi dei dati dello studio PASSI 2013 (23% pop. del VCO presenta un consumo alcolico a rischio) e dall'analisi dei ricoveri alcolcorrelati della popolazione del VCO (più di 200 ricoveri anno – 2013), risulta evidente come gran parte dei soggetti affetti da tali disturbi, giungono all'attenzione dei servizi sanitari solo quando necessitano un ricovero per le complicate del disturbo primario (uso rischioso di alcol). Per far fronte a questo quadro si intende, sia sviluppare interventi di promozione della salute, sia orientare gli interventi di cura e assistenza alla territorialità/domiciliarità, integrandosi sempre più con i servizi sanitari e sociali, pubblici e del privato sociale, del territorio. Si tratta di sviluppare e sostenere iniziative che favoriscano la conoscenza del problema da parte degli operatori sanitari di base attraverso eventi di sensibilizzazione sul problema del consumo rischioso e dannoso di alcol organizzando un corso di formazione-settimana di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati e complessi secondo la metodologia dei Club Alcolologici Territoriali, rivolta a operatori sanitari, sociali, volontari, ex alcolisti, in collaborazione con "l'ACAT VCO – Diamoci la mano", implementando la cultura alcolologica ecologico-sociale di stakeholder ed operatori sanitari del territorio. Inoltre si prevede di attuare un attento monitoraggio PDTA Presa in carico paziente alcolista o con patologie alcol correlate e PDTA tumori della laringe	
Cronoprogramma:	
- entro giugno 2016: organizzazione formazione per operatori territoriali	



ASL – VCO		scheda 17
Distretto ASL VCO		
Sottolivello assistenziale – Assistenza territoriale - SERD		
Responsabile: Direttore Dip. delle Dipendenze		
Corresponsabili: Dipartimento Prevenzione, Servizio di Psicologia, DMI, DSM, Distretto e Privato Sociale Accreditato		
Denominazione del progetto di miglioramento : PREVENZIONE COMPORTAMENTI A RISCHIO delle PRINCIPALI PROBLEMATICHE IN ETA' ADOLESCENZIALE		
Descrizione: questo progetto si propone l'attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare che analizzi la situazione locale rispetto alle problematiche sopracitate e costruisca dei percorsi condivisi in merito alla prevenzione, alla presa in carico dei percorsi evolutivi di crescita e alla gestione di episodi critici. Le iniziative di prevenzione che si intendono riprendere e riqualificare sono: "Sicura la Notte", "UNPLUGGED", ed interventi di prevenzione sugli incidenti stradali alcol-droga-correlati. Inoltre si intende attivare, in via sperimentale, una rete di supporto per prevenire il gioco d'azzardo patologico che preveda sostegno sociale, counselling finanziario, supporto psicologico e che favorisca un aggancio precoce del giocatore. Infine, nelle costituenti UCCP, si vorrebbero attivare punti di ascolto ed accoglienza per tutte le problematiche inerenti l'area delle dipendenze. Cronoprogramma: - entro marzo 2016: organizzazione di incontri informativi/formativi nei principali istituti scolastici - entro giugno 2016: inizio attività territoriali su iniziative di prevenzione - entro dicembre 2016: attivazione sperimentale nelle UCCP presenti di "sportelli d'ascolto" per tutte le problematiche inerenti l'area delle dipendenze.		

ASL – VCO	scheda 18
Distretto del VCO	
Sottolivello assistenziale - Assistenza territoriale	
Responsabile – Direttore Dipartimento di Prevenzione	
Corresponsabili – Direttore SOC SIAN, CISS, MMG, PLS, Distretto	
Denominazione del progetto di miglioramento – AZIONI DI PREVENZIONE PRIMARIA	
Lo scopo del progetto è lo sviluppo diazioni di prevenzione primaria, orientate agli stili di vita: abitudini alimentari, attività fisica sia in età evolutiva che nell'anziano, dettagliate nelle azioni di prevenzione programmate per il 2016, facenti parte del Piano Locale di Prevenzione.	
Cronoprogramma:	
2016-2018: sviluppo e completamento del PLP, in integrazione con le attività territoriali.	

