

## **ALLEGATI**

### **Cap. 2**

**Accesso pazienti CAVS (DM.PG.1906.00).pdf**

**Scheda anagrafe socio sanitaria.pdf**

**Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).pdf**

**Regolamento UMVD (DIS.RE.0970.01).pdf**

### **Cap. 3**

**Ipotesi Accordo sulla contitolarità del trattamento dei dati personali.pdf**

**Schema di Protocollo d'intesa ASLVC-MMG per PDTA.pdf**

### **Cap. 5**

**Interazioni e controindicazioni (FT.DO.XXXX.00).pdf**

**Ricognizione e riconciliazione (FT.PG.XXXX.00).pdf**

**Scheda riconciliazione (FT.MO.XXXX.00).pdf**

**PDTA autismo (NPI.PE.2098.00).pdf**

**PDTA demenze (DIS.PE.2073.00).pdf**

**PDTA scompenso cardiaco terr (DIS.PE.2227.00).pdf**

**Gestione Integrata Diabete (END.PE.1044.02).pdf**

**Follow up neonato prem. e pat. (PED.PO.2260.00).pdf**

### **Cap. 6**

**Cafè alzheimer progetto integrato.pdf**

**Progetto La Casa della Salute analisi impatto.pdf**

**Gestione animali di persone fragili (VETC.PG.2007.00).pdf**

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PROCEDURA GENERALE</b>	Accesso pazienti CAVS (DM.PG.1906.00).doc
		1/9

## ACCESSO E GESTIONE DEI PAZIENTI IN CONTINUITÀ ASSISTENZIALE A VALENZA SANITARIA A GESTIONE DIRETTA

	<i>Nominativo</i>	<i>Funzione</i>	<i>Data</i>	<i>Firma/evidenza di approvazione</i>
<b>Stesura</b>	Giulio Zella	CPSE Direzione Medica Presidio	26/02/2016	<i>F.to in originale</i>
	Maria Rosa Sicuranza	CPSE Distretto di Vercelli	26/02/2016	<i>F.to in originale</i>
<b>Verifica</b>	Emanuela Pastorelli	Direttore Direzione Medica di Presidio	29/02/2016	<i>F.to in originale</i>
	M. Crisitna Bertoncelli	Direttore SC Medicina Generale	14/03/2016	<i>F.to in originale</i>
	Francesca Gallone	Direttore Distretto Vercelli	29/02/2016	<i>F.to in originale</i>
	Gennarina Rista	Direttore Distretto Valsesia	17/03/2016	<i>Parere favorevole</i>
	Tiziana Ferraris	Dirigente Medico Responsabile SS. Gestione Organizzativa Ospedale di Borgosesia	29/02/2016	<i>F.to in originale</i>
	Lidia Carnevale	Dirigente Responsabile SS. SITROP	11/03/2016	<i>F.to in originale</i>
	Lorella Perugini	Responsabile Servizio Sociale Aziendale	08/03/2016	<i>F.to in originale</i>
<b>Autorizzazione</b>	Arturo Pasqualucci	Direttore Sanitario ASL VC	09/03/2016	<i>F.to in originale</i>
<b>Emissione</b>	Emanuela Pastorelli	Direttore Direzione Medica di Presidio	17/03/2016	<i>F.to in originale</i>

<b>Data di applicazione</b>	<b>17/03/16</b>
<b>REV.</b>	<b>00</b>

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PROCEDURA GENERALE</b>	Accesso pazienti CAVS (DM.PG.1906.00).doc
		2/9

## INDICE

1. PREMESSA .....	3
2. SCOPO.....	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
4. DEFINIZIONI ED ACRONIMI .....	4
4.1.1 DEFINIZIONI.....	4
4.1.2 ACRONIMI.....	4
5. CRITERI.....	4
6. MODALITA' OPERATIVE .....	6
7. RESPONSABILITÀ .....	8
8. INDICATORI.....	8
9. MODALITÀ DI VERIFICA.....	8
10. RIFERIMENTI NORMATIVI, PROCEDURE E REGOLAMENTI.....	9
10.1 DOCUMENTAZIONE REGIONALE.....	9
10.2 DOCUMENTAZIONE AZIENDALE .....	9
11. STORIA DELLE MODIFICHE.....	9

## 1. PREMESSA

---

I progressi della medicina, parallelamente ai mutamenti sociodemografici ed epidemiologici, hanno profondamente cambiato lo scenario dei bisogni assistenziali, spostando l'asse delle cure dalle patologie acute alle malattie croniche che, spesso coesistenti fra loro, colpiscono una popolazione sempre più anziana e assorbono una proporzione sempre maggiore della spesa sanitaria. In questo contesto le persone si trovano ad affrontare non più singoli episodi di malattia ma complessi percorsi di cura, dove l'esito è raramente il completo recupero del benessere ma ben più spesso l'assunzione di un ruolo attivo nella gestione della propria malattia, che consenta loro di mantenere un accettabile livello di autonomia e di qualità di vita.

L'invecchiamento e la cronicità sono quindi il nuovo scenario con cui i professionisti e le istituzioni devono confrontarsi per sviluppare risposte assistenziali efficaci e sostenibili. Infatti, è in quest'area, che più si intersecano e diventano inscindibili i bisogni sociali e quelli sanitari in una gamma di aspetti che vede compenetrarsi la funzione della famiglia e della rete sociale, quindi dei servizi sociali, e quella più specificatamente sanitaria.

In questo complesso scenario, la necessità di garantire risposte commisurate all'entità e molteplicità dei bisogni ha orientato le scelte e gli indirizzi normativi di questi anni in favore di un sistema che pone al centro la persona ed i suoi bisogni clinico – assistenziali e psico – sociali. Sistema che ha trovato, nell'integrazione fra comparto sanitario e sociale e nello sviluppo di servizi intermedi il suo fondamento, ed ha determinato la spinta a ricercare nuovi modelli sanitari per rispondere ad una domanda connotata di cronicità e da esigenze peculiari della popolazione “*fragile*”.

La DGR n. 77-2775 del 29 dicembre 2015 ha provveduto alla complessa definizione della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria, assegnando i posti letto di CAVS alle singole Aziende Sanitarie Locali, rideterminando nel contempo i requisiti organizzativi minimi necessari a garantire la nuova funzione. Detta Delibera all'allegato A determina il fabbisogno per l'ASL VC in 40 letti di CAVS. La medesima DGR all'allegato E “*funzione di Continuità assistenziale a valenza sanitaria – CAVS – integrazioni e modifiche all'allegato sub A alla DGR n. 6-5519 del 14/03/2013*” prevede che nel caso di riconversione parziale di presidio ospedaliero la responsabilità del CAVS sia in capo al Direttore Sanitario di Presidio.

Con la delibera del Direttore Generale 72/2016 sono stati convertiti 18 posti letto (Vercelli) e 10 posti letto (Borgosesia) in posti letto CAVS quali riconversione di parte di presidio ospedaliero (come da DGR 77-2775 del 29/12/2015). Pertanto l'assistenza medica deve essere assicurata per un totale di 15 ore settimanali per 7 giorni su 7, secondo le modalità già operanti presso la struttura ospedaliera. Conseguentemente viene individuato nel Direttore della SC Medicina Generale Vercelli-Borgosesia il responsabile clinico che provvederà ad individuare un referente medico ed a stabilire apposito turno di servizio.

## 2. SCOPO

---

Lo scopo del presente documento è quello di definire:

- a) i criteri di inclusione, esclusione e ripartizione tra le sedi per l'accesso presso i letti di CAVS a gestione diretta;
- b) le modalità di gestione dei pazienti degenti presso i letti di CAVS a gestione diretta;
- c) la standardizzazione delle procedure ed omogeneizzare i comportamenti.

### 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

---

Le indicazioni descritte sono rivolte a tutto il personale coinvolto, nel rispetto delle specifiche competenze e responsabilità.

Il presente documento trova applicazione sia per tutti i pazienti ricoverati nei Presidi Ospedalieri Aziendali, residenti nel territorio dell'ASL VC, che non siano dimissibili per le ragioni a seguito riportate e per i quali sia indicato il ricovero presso i CAVS aziendali a gestione diretta, sia per i nostri residenti ricoverati in Presidi Ospedalieri di altre Aziende.

### 4. DEFINIZIONI ED ACRONIMI

---

#### 4.1.1 DEFINIZIONI

**PERSONALE DI ASSISTENZA del CAVS:** si intendono gli Infermieri e il personale di supporto infermieristico

#### 4.1.2 ACRONIMI

**CPSE:** Collaboratore Professionale Sanitario Esperto (Coordinatore Infermieristico)

**CAVS:** Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria

**NOCC:** Nucleo Ospedaliero Continuità delle Cure

**NDCC:** Nucleo Distrettuale Continuità delle Cure

**PP.OO.:** Presidi Ospedalieri

**PO:** Presidio Ospedaliero.

### 5. CRITERI

---

#### CRITERI DI INCLUSIONE AL CAVS

1. Superamento della fase acuta della patologia;
2. stabilità clinica – assistenziale - comportamentale;
3. non indicazioni a setting riabilitativo individuale specifico;
4. paziente con un progetto riabilitativo non immediatamente attivabile per condizioni cliniche e socio-assistenziali
5. presenza di condizioni cliniche tali da non permettere al paziente di seguire un appropriato percorso di continuità di cure al domicilio per motivi socio – familiari, forniture di ausili, attesa di luogo di cura adatto, conclusione di un percorso terapeutico semplice, addestramento del caregiver.
6. in coerenza di quanto previsto dall'allegato A) della DD 924 del 30/12/2015 in situazioni di urgenza, (ad es. sovraffollamento del Pronto Soccorso) e in via eccezionale, nell'impossibilità di attivare sollecitamente i nuclei NDCC e NOCC, le Direzioni ospedaliere, su richiesta del Responsabile del Pronto Soccorso, potranno disporre direttamente il ricovero in posti letto di CAVS, dandone successiva comunicazione al nucleo NDCC.

## CRITERI DI ESCLUSIONE AL CAVS

1. Instabilità clinico/comportamentale/assistenziale;
  2. necessità di conclusione dell'iter diagnostico/terapeutico di pertinenza del reparto per acuti in cui è ricoverato;
  3. necessità di supporti respiratori e o nutrizionali complessi (da valutare da parte del NOCC col personale medico-infermieristico del CAVS);
  4. presenza di un setting riabilitativo specifico;
- fase pre-terminale (Vedi criteri di inserimento in hospice).

## 6. MODALITA' OPERATIVE

<b>FASE 1 – ITER PER LA VERIFICA DELL'ELEGGIBILITÀ PRESSO IL CAVS</b>	
<p>Tutte le attività riconducibili a questa fase prendono avvio e vengono espletate durante il ricovero nel reparto ospedaliero per acuti.</p> <p>La modulistica è presente in <i>intranet-modulistica-distretto vercelli-continuita HT (DISVC.MO.1528.nn)</i></p>	
<b>CHI</b>	<b>COME</b>
Medico Infermiere CPSE del reparto	<ol style="list-style-type: none"> <li>Entro le 48 ore dal ricovero individua, tra i pazienti ricoverati presso la struttura di degenza, i pazienti a rischio di dimissione difficile ,utilizzando la scala di Brass, se punteggio superiore a 10, compila la scheda riassuntiva dell'indice di Barthel.</li> <li>Se le condizioni clinico/assistenziali rientrano nei criteri previsti per l'attivazione di un percorso di continuità delle cure, compila la richiesta di consulenza al NOCC che si attiva per la valutazione del caso.</li> </ol>
Personale del NOCC (assistente sociale e infermiera)	<ol style="list-style-type: none"> <li>A seguito della richiesta di consulenza, si reca entro le 24 ore lavorative successive in reparto per la valutazione multidimensionale.</li> <li>Se individua nel CAVS il setting appropriato per le necessità di quel paziente, invia la proposta di ricovero alla Centrale Operativa – NDCC del Distretto Sanitario di competenza territoriale per residenza del paziente, allegando tutta la documentazione prevista dalla procedura presente in <i>intranet – procedure - distretto vercelli - percorso continuità assistenziale (DISVC.PE.1308.nn)</i>.</li> <li>Riceve entro le 72 ore successive la proposta al ricovero da parte del NDCC e la trasmette al reparto di provenienza.</li> <li>Comunica ai sanitari, al paziente e ai suoi familiari il percorso di cura proposto e acquisisce la sottoscrizione da parte di tutti gli attori coinvolti per accettazione, contestualmente informa il paziente e i suoi familiari sulle opportunità di attivazione di percorsi assistenziali per facilitare la fase post dimissione (UVG; UMVD; I.C.) con consegna di relativa modulistica.</li> <li>Trasmette al NDCC la documentazione di cui alla procedura DISVC.PE.1308.nn con data e modalità di ricovero.</li> <li>Acquisisce dal NDCC la relativa autorizzazione e la trasmette al medico e al CPSE del reparto in cui è ricoverato il paziente.</li> </ol>
Direttore del Distretto e personale del NDCC del Distretto di residenza del pz.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Valuta la proposta di ricovero presso il CAVS.</li> <li>Invia la convalida o il diniego del ricovero entro 48 ore lavorative al NOCC.</li> <li>Attiva l'iter atto a garantire la continuità della presa in carico ed il passaggio nei diversi setting di cura.</li> <li>Attiva l'UVG e i servizi sociali per i progetti socio sanitari di lunga assistenza o di semi residenzialità.</li> <li>In caso di necessità inserisce il paziente nella lista di attesa per il trasferimento in CAVS..</li> </ol>
Medico, CPSE e Infermiere del reparto di provenienza	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se le condizioni clinico assistenziali del paziente non sono variate predisporre il trasferimento del paziente presso il CAVS,</li> <li>Dimette il paziente dal reparto e lo invia al CAVS.</li> <li>Se le condizioni cliniche del paziente sono variate, rivaluta con il NOCC il percorso della dimissione.</li> </ol>

FASE 2 - RICOVERO	
In relazione ai posti letto disponibili ed alle indicazioni del Responsabile clinico, il Coordinatore del CAVS pianifica il ricovero in stretto contatto con NOCC e NDCC:.	
CHI	COME
Medico del CAVS	1. Predisporre il ricovero avvalendosi della documentazione clinica
Infermiere del CAVS	1. Prende in carico il paziente sotto il profilo assistenziale avvalendosi della documentazione clinica. 2. Pianifica il percorso assistenziale coinvolgendo il personale di supporto 3. Compila la documentazione relativa all'accettazione amministrativa

FASE 3 – GESTIONE DEL PAZIENTE DURANTE LA PERMANENZA PRESSO IL CAVS	
Per tutta la fase del ricovero presso il CAVS, il personale infermieristico e di supporto adotterà per i processi assistenziali, le procedure in uso presso l'ASL VC	
CHI	COME
Medico	1. Gestisce in collaborazione con il personale di assistenza le fasi del ricovero del paziente presso il CAVS, avvalendosi della documentazione clinica specifica. 2. In caso di deterioramento delle condizioni cliniche, dispone il ricovero in Medicina se di competenza, oppure richiede la consulenza dello specialista di un altro reparto. Il ricovero in un reparto per acuti dovrà essere effettuato con modalità 11 che indica il ricovero urgente non da pronto Soccorso e la dimissione dal CAVS con modalità 7 . 3. Collabora con il personale di assistenza e il NOCC nella gestione delle fasi relative alla dimissione. 4. Attiva tutte le richieste di ausili necessari e appropriati previsti dal Nomenclatore Tariffario Protesi secondo il setting elaborato.
CPSE del CAVS o suo delegato	1. Gestisce il personale assegnato alla struttura sia sotto il profilo assistenziale sia organizzativo, 2. Redige la scheda dei farmaci/dispositivi medici e del materiale a magazzino, secondo le necessità specifiche dei pazienti ricoverati presso il CAVS. 3. Gestisce i farmaci e i dispositivi medici secondo le indicazioni dei documenti assistenziali
Personale di assistenza del CAVS	1. Eroga assistenza nel rispetto dei bisogni dei pazienti avvalendosi della documentazione clinica specifica. 2. Agisce nel rispetto delle procedure aziendali, dei piani di attività e del profilo di competenza. 3. Monitorizza, rileva e riferisce al personale medico, durante le ore di presenza presso il CAVS (giorni feriali e festivi) tutte le condizioni/osservazioni/variazioni delle condizioni cliniche che potrebbero far presagire un deterioramento delle condizioni generali.
Consulenti/specialisti/ospedalieri e territoriali	➔ Effettuano le consulenze specialistiche richieste entro il primo giorno lavorativo successivo alla ricezione della richiesta, tranne nei casi urgenti in cui le condizioni cliniche prefigurano un trasferimento in reparti per acuti.
L'infermiere	In caso di deterioramento delle condizioni cliniche in assenza del medico: 1. <b>Ipotesi a)</b> EMERGENZA condizioni cliniche compromesse – pericolo di vita – attivazione EMERGENZA CLINICA INTRA OSPEDALIERA secondo la procedura reperibile in <i>intranet – procedure - terapia intensiva-emergenze sanitarie intraospedaliere (ANRI.PG.0299.nn)</i> 2. <b>Ipotesi b)</b> Aggravamento delle condizioni generali e/o necessità di consulenza da parte di un medico: dalle ore 08,00 alle ore 20,00 chiamare il medico referente della SC Medicina Generale o sostituto come da quadro di servizio redatto dalla SC Medicina Interna e affisso presso il CAVS. Dalle ore 20,00 alle 08,00 chiamare il medico in pronta disponibilità della SC Medicina Generale

FASE 4 GESTIONE DELLA DIMISSIONE DEL PAZIENTE	
CHI	COME
Medico del CAVS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Effettua la dimissione del paziente redigendo la lettera di dimissione.</li> <li>2. Compila la scheda di dimissione dal CAVS sul format previsto dai flussi regionali.</li> </ol>
Medico del CAVS e il CPSE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entro 72 ore dalla scadenza del progetto di continuità assistenziale contattano il Direttore del Distretto di riferimento/NDCC al fine di individuare il setting di cura più idoneo a garantire il soddisfacimento dei bisogni dell'utente dopo il ricovero presso il CAVS se il paziente non può rientrare al domicilio.</li> </ol>
CPSE CAVS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conserva la documentazione clinica sino all'invio all'archivio centrale.</li> </ol>

## 7. RESPONSABILITÀ

La realizzazione dell'area di attività di CAVS, che si configura dal punto di vista normativo come "extra ospedaliera", richiede per la sua realizzazione la condivisione di un percorso in stretta continuità tra l'area ospedaliera e l'area territoriale.

A tal fine l'ASL VC ha individuato due livelli di responsabilità: il primo di carattere organizzativo e il secondo a valenza clinico – assistenziale. I due livelli, nel rispetto delle reciproche competenze e specificità, agiscono in modo "integrato".

La "responsabilità organizzativa" del CAVS è in capo al Direttore Medico di Presidio, mentre la responsabilità "clinico – assistenziale" è affidata al Direttore della SC Medicina Generale Vercelli-Borgosesia.

Gli aspetti operativi del coordinamento sia organizzativo sia clinico – assistenziale sono ricondotti al Coordinatore Infermieristico all'uopo assegnato dal SITROP.

Il presente documento dovrà essere posto in luogo accessibile a tutto il personale dell'area di ricovero CAVS, affinché possa essere consultato ogni qualvolta sia necessaria una verifica delle modalità operative.

E' altresì necessario che ci sia evidenza della diffusione capillare delle modalità operative nei confronti di tutti i soggetti coinvolti nei processi clinico/assistenziali ed organizzativi.

## 8. INDICATORI

- 1) Degenza massima: n° ricoveri > di 30 gg./tot. ricoveri annui
- 2) Numero di chiamate-medico all'anno al di fuori dell'orario di presenza del medico presso il CAVS

## 9. MODALITÀ DI VERIFICA

I responsabili organizzativi e clinico assistenziali hanno il compito di vigilare e di verificare che le attività descritte nel presente documento vengano applicate sistematicamente da parte di tutto il personale coinvolto.

Gli indicatori saranno rilevati dalle statistiche correnti 1) e dal registro chiamate redatto dal personale di assistenza 2) e saranno discussi con cadenza mensile, per il primo trimestre e successivamente con cadenza trimestrale, nel corso di una riunione con tutti i soggetti coinvolti.

Si prevede la revisione del documento a seguito di variazioni degli indirizzi normativi e di revisione dei processi organizzativi.

## 10. RIFERIMENTI NORMATIVI, PROCEDURE E REGOLAMENTI

---

### 10.1 DOCUMENTAZIONE REGIONALE

- DGR 77-2775 del 29 dicembre 2015;
- DGR 6-5519 del 14 marzo 2013;
- DGR 27-3628 del 28 marzo 2012;

### 10.2 DOCUMENTAZIONE AZIENDALE

- INSERIMENTO DEL PERSONALE NEO ASSUNTO/TRASFERITO DELL'AREA COMPARTO RUOLO SANITARIO [Inserimento comparto (SITROP.PG.0648.nn)]
- PROCEDURA GESTIONE DELLE CONSULENZE SPECIALISTICHE PRESSO LE STRUTTURE DI DEGENZA ED IL DEA [Gestione consulenze interne (DIMEVC.PG.0179.nn)]
- PIANO DI RISPOSTA ALLE EMERGENZE SANITARIE INTRAOSPEDALIERE [Emergenze sanitarie intraospedaliere (ANRIPG.0299.nn)]
- PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DI CADUTA [Rischio cadute (RM.PG.1120.nn)]
- GESTIONE DEL PAZIENTE CON COLONIZZAZIONE O INFEZIONE DA MICRORGANISMI MULTIRESISTENTI [Gestione MDRO (IIOO.PG.1612.nn)]
- SORVEGLIANZA ATTIVA DEI PAZIENTI CON COLONIZZAZIONE ED INFEZIONE DA GERMI MULTIRESISTENTI [Sorveglianza multiresistenti (IIOO.PN.1206.nn)]
- VIGILANZA AZIENDALE SUI DISPOSITIVI MEDICI [Vigilanza az.le dispos. Medici (FT.PG.0280.nn)]
- PROTOCOLLO DEI TRASFERIMENTI URGENTI E PROGRAMMATI [Protocollo trasporti (DM.PG.0075.nn)]
- PIANO EVACUAZIONE PRESIDIO OSPEDALIERO "S. ANDREA" di VERCELLI [Piano evacuazione P.O. Vercelli (SPP.PN.1617.nn)]
- PIANO EVACUAZIONE PRESIDIO OSPEDALIERO "S.S. PIETRO e PAOLO" di BORGOSIESIA [Piano evacuazione P.O. Borgosesia (SPP.PN.1619.nn)]
- PERCORSO INTEGRATO DI CONTINUITÀ DI CURA OSPEDALE-TERRITORIO DI CUI ALLA DGR 27-3628 del 28.03.2012 [Continuità assistenziale (DISVC.PE.1308.nn)]

## 11. STORIA DELLE MODIFICHE

---

REV	Data	Descrizione delle modifiche
00	Marzo 2016	Prima emissione

SCHEDA VALUTAZIONE FRAGILITA' SOCIO-SANITARIA							
<b>Dati Anagrafici</b>							
Cognome:							
Nome:							
Genere:							
Luogo di nascita:							
Residenza:							
Comune di residenza storica:							
Domicilio:							
Recapito telefonico:							
Codice Fiscale:							
MMG:							
Case Manger*:							
<b>Eventuale persona incaricata di Tutela Giuridica</b>							
Cognome:							
Nome:							
Telefono:							
Ruolo:							
<b>Profilo Personale</b>							
<b>Età</b>			< 65 aa (0)	66-75 aa (1)	76-85 aa (2)	> 85 aa (3)	
<b>SColarizzazione</b>			Laurea (0)	Diploma Sup. (1)	Diploma medie (2)	Elementari (3)	nessuna (4)
<b>Care-Giver<sup>o</sup></b>						SI (0)	NO(1)
<b>Rete di cure e supporto (se vive da solo)</b>							
<b>Ha amici/vicini/volontari che si occupano di lei ?</b>				Si sempre	occasionalmente	no	
				0	1	2	
<b>Assistenza attuale ( NO= 0 ; SI=3 )</b>							
<b>tipologia di assistenza</b>		ADI	UOCP	ADP/SAD	BADANTE	STRUTTURA	
SI		1	2	2	3	0	
NO		0	0	0	0	0	
<b>Situazione economica * vd item "Reddito e altri beni"</b>							
<b>reddito</b>				Occupato	pensionato	disoccupato	Privo di reddito
				0	1	2	3
<b>Invalità</b>							
				Invalido <74%	Invalido al 74%-99%	Invalità al 100% senza accompagnamento	Invalità al 100% con indennità di accompagnamento
				1	2	3	4
<b>Necessità di protesi, ausili e presidi</b>							
						SI	NO
						1	0
<b>Condizione abitativa</b>							
<b>condizione abitativa</b>		In struttura In regime privato - domicilio adeguato	in struttura in convizione	ospite in struttura in regime temporaneo ( CAVS, SOLLIEVO)	domicilio proprio con barriere architettoniche	domicilio improprio (baracca, container, etc..)	senza fissa dimora
		0	1	1	2	3	4
<b>Mobilità</b>							

					Deambula	Deambula con aiuto ausili	Deambula con assistenza	Non deambula
					0	1	2	3
<b>Deficit Sensoriali</b>								
						Nessuno	Deficit visivi o uditivi non corretti	Deficit visivi e uditivi non corretti
						0	1	2
<b>Stato Cognitivo * SFERE (SPAZIO, TEMPO, LUOGO, SE')</b>								
				Orientato	Disorientato in alcune sfere* sempre	Disorientato in tutte le sfere qualche volta	Disorientato in tutte le sfere sempre (compreso delirium)	Comatoso
				0	1	2	3	4
<b>Numeri di accessi al DEA non seguiti da ricovero (ultimo anno)</b>								
						nessuno	Fino a 2	> 2
						0	1	2
<b>Numeri di ricoveri (ultimo anno)</b>								
						nessuno	1	>1
						0	1	2
<b>Numero di farmaci assunti</b>								
							≤ 3	≥ 3
							0	1
<b>Numero di esenzioni per patologia cronica</b>								
						nessuna	1	>1
						0	1	2
<b>Reddito e altri beni ( da attestazione ISEE)</b>								
					16.000-38.000 euro	8.000-16.000 euro	3.000-8.000 euro	≤ 3.000 euro
					1	2	3	4
*responsabile del percorso individuale di cura della persona malata e della sua effettiva continuità								
° indica "colui che si prende cura" e si riferisce naturalmente a tutti i familiari che assistono un loro congiunto ammalato e/o disabile								
<b>SCORE FRAGILITÀ SOCIO-SANITARIA</b>								
					0-14	15-29	30-43	
punteggio totale					LIEVE	MODERATA	GRAVE	

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).doc
		pag1/16

## Regolamento di funzionamento dell'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) del Distretto ASL VC

	<i>Nominativo</i>	<i>Funzione</i>	<i>Data</i>	<i>Firma/evidenza di approvazione</i>
<b>Stesura</b>	Dott.ssa Lucia Rugolo	Consulente ASL TO5	Dic 17	<i>F.to in originale</i>
	Dott. Giuseppe Ferraris	Direttore SS Residenzialità	Aprile 18	<i>F.to in originale</i>
	Dott. Guido Buffa	Dirigente Medico SC Distretto	Aprile 18	<i>F.to in originale</i>
	Dr.ssa Maria Rosa Sicuranza	CPSE Infermiere Cure Domiciliari Distretto (ambito polo Sud)	Aprile 18	<i>F.to in originale</i>
	Dott.ssa Gennarina Rista	Dirigente Medico SC Distretto	Aprile 18	<i>F.to in originale</i>
	Dott.ssa Franca Alunni	Dirigente Medico SC Distretto	Aprile 18	<i>F.to in originale</i>
	A.S. Sig.ra Marinella Marchitelli	Assistente Sociale Collaboratore Esperto	Aprile 18	<i>F.to in originale</i>
	A.S. Dott.ssa Laura Spunton	Assistente Sociale Collaboratore Esperto	Aprile 18	<i>F.to in originale</i>
<b>Verifica</b>	Dott.ssa Francesca Gallone	Direttore SC Distretto	Aprile 18	<i>F.to in originale</i>
	Dott. Arturo PASQUALUCCI	Direttore Sanitario	Aprile 18	<i>F.to in originale</i>
<b>Autorizzazione</b>	Dott.ssa Francesca Gallone	Direttore Distretto di Vercelli	Aprile 18	<i>F.to in originale</i>
<b>Emissione</b>	Dott.ssa Chiara Serpieri	Direttore Generale ASL VC	Aprile 2018	<i>F.to in originale</i>

<b>Data di applicazione</b>	Aprile 2018
<b>REV.</b>	<b>04</b>

 <p><b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli</p>	<p><b>REGOLAMENTO</b></p>	<p>Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).doc</p>
		<p>pag2/16</p>

1	SCOPI E FINALITA'	3
2	COMPITI E COMPETENZE	3
3	FINALITÀ DELL' U.V.G.	4
4	COMPOSIZIONE U.V.G.	4
5	FUNZIONAMENTO	5
6	IL PERCORSO DI ACCESSO AI SERVIZI	5
6.a	Domanda di attivazione U.V.G.	5
6.b	Indagine sanitaria e sociale	6
7	IL PROCESSO DI VALUTAZIONE	7
7.a	Valutazione complessiva ed elaborazione del progetto individuale	7
7.b	Lista aventi diritto	8
7.b.1	Gestione lista residenzialità e semiresidenzialità	9
7.b.2	Gestione lista domiciliarità (DGR 39-11190 del 6.4.2009)	10
7.c	Rivalutazione del Progetto individuale residenziale	10
8	ATTIVAZIONE DEGLI INTERVENTI	11
8.a	Accettazione dell'utente	11
9	MONITORAGGIO DEGLI INTERVENTI ATTIVATI	12
9.a	Progetti residenziali, RSA aperta, progetti semiresidenziali	12
9.b	Progetti domiciliari in lungoassistenza (DGR 51-11389 del 23.12.2003)	12
10	RISORSE TERRITORIALI, SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI	12
11	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	13
12	TRASFERIMENTI	14
13	TUTELE	14
14	TUTELA DELLA PRIVACY	14
15	NORME TRANSITORIE	14
16	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	14
17	STORIA DELLE MODIFICHE	16

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).doc
		pag3/16

## 1 SCOPI E FINALITA'

---

L'Unità di Valutazione Geriatrica è una Commissione multidisciplinare che valuta in modo globale l'anziano fragile e gli adulti i cui bisogni assistenziali e sanitari sono assimilabili a quelli delle persone anziane non autosufficienti.

Essa definisce per ogni Utente valutato un progetto assistenziale individualizzato finalizzato a garantire la cura, la prevenzione e la riabilitazione, attraverso l'accesso a molteplici servizi socio sanitari appropriati e tra loro integrati.

Il presente regolamento disciplina, nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente le modalità di funzionamento dell'Unità di Valutazione Geriatrica – di seguito denominata per brevità U.V.G. – del Distretto ASL VC, in attuazione dell'Accordo di Programma, stipulato ai sensi dell'art. 34 del D.Lgs n. 267 del 18.08.2000 tra A.S.L. VC ed Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali operanti sul territorio aziendale.

## 2 COMPITI E COMPETENZE

---

L'ambito di intervento della UVG Aziendale coincide con il territorio di competenza dell'Azienda Sanitaria Locale VC, opera in modo integrato con i servizi sociali del territorio di competenza.

L' U.V.G. è articolata su 2 ambiti territoriali – Vercelli /Santhià e Gattinara/Borgosesia alla quale compete, ai sensi della DGR n. 45-4248 del 30.07.2012:

- individuare, attraverso la valutazione multidimensionale, i bisogni sanitari e assistenziali delle persone anziane o assimilabili, identificando le risposte più idonee al loro soddisfacimento e privilegiando, ove possibile, il loro mantenimento a domicilio;
- predisporre il Progetto assistenziale individuale indicando la fascia di intensità assistenziale nelle seguenti forme assistenziali previste dalle vigenti norme regionali:
  1. domiciliare
  2. semiresidenziale
  3. residenziale
  4. RSA Aperta ai sensi della DGR 34-3309 del 16.5.2016
- monitorare la realizzazione e l'andamento dei Progetti individuali domiciliari realizzando una valutazione a campione per assicurare la corrispondenza tra gli specifici bisogni della persona non autosufficiente e l'intensità assistenziale erogata;
- verificare la congruità tra il Progetto Individuale e il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) predisposto dalla struttura;
- fornire consulenza tecnico-scientifica per la programmazione dei servizi a favore degli anziani;
- collaborare con le Unità di Valutazione delle altre A.S.L per confrontare la propria operatività e per garantire prestazioni in rogatoria per anziani domiciliati nel territorio di propria competenza ma residenti in territori appartenenti ad altre ASL (e viceversa);

ASL VC	Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).doc	3/16
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, RIPRODOTTO O RESO NOTO A TERZI SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>		

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).doc
		pag4/16

- su richiesta della Commissione di Vigilanza e/o dei NAS, effettuare valutazioni volte a definire l'eventuale non autosufficienza degli anziani ospiti di strutture;
- raccogliere i dati necessari per i flussi informativi regionali e nazionali e verificare la corretta compilazione, validazione e aggiornamento dei dati che vengono inviati alla Regione attraverso i flussi FAR;
- Intervenire anche per pazienti di età inferiore ai 65 anni, in presenza di patologie dementigene e/o esiti invalidanti di patologie cerebrali o di gravi traumi con caratteristiche generalmente simili a quelle dell'anziano e formulare un progetto assistenziale;
- Valutare i disabili ed i pazienti affetti da patologie psichiatriche, che, dal compimento dei 65 anni d'età, potranno essere segnalati all'UVG dai Servizi e o Commissioni, che li hanno in carico. L'eventuale presa in carico avverrà dopo valutazione delle caratteristiche clinico - assistenziali della persona, fermo restando che, per tali soggetti, verranno applicate le stesse modalità, ai sensi della normativa regionale di riferimento, previste per la popolazione anziana.
- Nel caso di soggetti con patologie connesse alla salute mentale, alla dipendenza o alla disabilità, al compimento dei 65 anni di età, l'UVG può intervenire su richiesta dei Servizi che li hanno in carico e formulare un eventuale progetto; la presa in carico da parte dell'UVG con la formulazione di un progetto assistenziale individualizzato avviene solo se si ravvisa un profilo di cura assimilabile all'anziano; nel caso contrario la persona resta in carico al servizio proponente.
- h) Verificare la qualità del proprio operato mediante indagini epidemiologiche.

### **3 FINALITÀ DELL' U.V.G.**

La commissione UVG ha come sua finalità la valutazione dei progetti individuali relativi alle persone anziane non autosufficienti e assimilate che necessitano di interventi sanitari e socio sanitari.

### **4 COMPOSIZIONE U.V.G.**

L'U.V.G. è un'equipe multidisciplinare composta da:

- un medico geriatra con funzione di presidente o, ove non disponibile, un medico con comprovata esperienza geriatrica o in ambito distrettuale;
- un medico dell'assistenza sanitaria territoriale con comprovata esperienza dell'organizzazione dei servizi territoriali;
- un medico fisiatra;
- un assistente sociale, rappresentante dell'Ente gestore dei Servizi Sociali;
- un assistente sociale dell'Azienda Sanitaria;
- coordinatore o suo delegato del Servizio Cure Domiciliari;
- un segretario (ruolo amministrativo)

Un Dirigente Medico del Distretto, delegato dal Presidente, ne assume le funzioni; la delega non si intende permanente, ma si esercita per impedimento o assenza del titolare.

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).doc
		pag5/16

## 5 FUNZIONAMENTO

L'U.V.G. si riunisce con cadenza almeno mensile, tenendo conto dei tempi massimi (90 gg.) entro i quali il procedimento deve essere concluso.

La seduta della Commissione è valida quando sono presenti almeno 3 componenti, tra cui l'assistente sociale dell'Ente Gestore delle funzioni socio assistenziali, escluso il segretario. In caso di assenza dell'Assistente Sociale dell'Ente Gestore è prevista eventuale delega alla Commissione per l'esame dei casi all'ordine del giorno per i quali sia pervenuta la documentazione di valutazione a cura del Referente Assistente Sociale purché all'interno della commissione sia presente almeno l'Assistente Sociale di un Ente Gestore.

Le decisioni sono assunte a maggioranza; in caso di parità di voti prevale l'espressione del Presidente. Ogni Ente Gestore esprime un solo voto e solamente per il caso di competenza esaminato.

Il Medico di Medicina Generale, su richiesta dell'assistito, può partecipare ai lavori della Commissione, diventandone membro effettivo per l'esame di quel singolo caso.

Il Segretario partecipa alle riunioni della Commissione, senza diritto di voto, e ne redige il verbale, che viene sottoscritto dai partecipanti o dal Presidente, con allegata graduatoria UVG residenziale, domiciliare e semiresidenziale, in corso di validità, da quella seduta alla successiva.

### 5.a Compiti della Segreteria

I compiti della Segreteria sono i seguenti:

- Istruttoria in ordine cronologico di arrivo delle domande pervenute allo Sportello Unico Socio Sanitario dell'ASL con apertura del relativo fascicolo ed effettuazione delle verifiche di tipo amministrativo (ivi compresa la residenza dell'istante nel territorio dell'ASL VC)
- Calendarizzazione delle sedute, sulla base della data di presentazione della domanda, nel rispetto del termine di novanta giorni per la formulazione del progetto assistenziale;
- Comunicazione all'interessato della data prevista per la visita laddove non vi abbia provveduto l'Assistente Sociale dell'Ente Gestore;
- Archiviazione dei verbali di visita collegiale
- Comunicazione all'interessato del progetto e del punteggio attribuito;
- Cura dei flussi informativi locali, regionali ed aziendali e verifica ed aggiornamento dei dati che vengono inviati alla Regione attraverso i flussi FAR;
- Tenuta ed aggiornamento delle liste degli aventi diritto.

## 6 IL PERCORSO DI ACCESSO AI SERVIZI

### 6.a Domanda di attivazione U.V.G.

L'accesso ai servizi domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali avviene a seguito di istanza di valutazione (su modulo di cui all'allegato della D.D.30 giugno 2016 n. 383), inoltrata dall'interessato (o da chi per esso) alla Segreteria dell'U.V.G. del Distretto tramite lo Sportello Unico Socio Sanitario (SUSS), (presente nelle sedi territoriali dislocate nel Distretto, presso i Presidi Ospedalieri di Vercelli e Borgosesia, presso le sedi individuate dagli Enti Gestori dei Servizi Sociali); quest'ultimo svolge un'importante attività di supporto dell'Utente volta alla corretta formulazione della domande. Al

ASL VC	Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).doc	5/16
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, RIPRODOTTO O RESO NOTO A TERZI SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>		

 <b>A.S.L. VC</b> <i>Azienda Sanitaria Locale di Vercelli</i>	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).doc
		pag6/16

ricevimento della domanda, l'operatore dello Sportello Unico Socio Sanitario provvede alla protocollazione dell'istanza e consegna al richiedente una ricevuta di avvenuta consegna. Dalla data di protocollazione dell'istanza, decorrono i termini per la conclusione del procedimento. Il procedimento potrà essere sospeso laddove l'istanza risulti incompleta. Della sospensione del procedimento è data comunicazione all'istante.

In allegato alla domanda è necessario consegnare la seguente documentazione:

- scheda informativa sanitaria compilata dal Medico di Assistenza Primaria o da altro medico curante (su modulo di cui all'allegato della D.D.30 giugno 2016 n. 383);
- fotocopia di un documento di identità;
- fotocopia del codice fiscale o della tessera sanitaria
- modello ISEE con relativa DSU, come da istruzioni indicate nel modulo di istanza di cui alla DD 30 giugno 2016 n. 383

fotocopia della eventuale documentazione integrativa specialistica proveniente da strutture sia pubbliche che private (cartelle cliniche, certificazione di invalidità o altra documentazione comprovante le patologie da cui è affetto il richiedente);

scheda di consenso al trattamento dei dati (su modulo di cui alla D.D. 30 giugno 2016 n. 383)

La domanda deve essere datata e firmata dall'interessato o suo delegato, ovvero, dal rappresentante legale (Amministratore di sostegno, tutore); in questi casi occorre acquisire copia di documento di identità di chi presenta la domanda; in caso di segnalazione il modulo viene sottoscritto dal segnalante.

La domanda deve essere protocollata alla consegna e deve essere corredata dal consenso al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 81-82 del D.lgs 196/2003

Possono accedere alle prestazioni socio-sanitarie i residenti nei Comuni dell'ambito territoriale del Distretto secondo la normativa vigente.

La Segreteria U.V.G.:

- effettua le necessarie verifiche sulla completezza dell'istanza (direttamente e/o per tramite degli operatori territoriali);
- attiva le procedure per l'indagine socio-sanitaria rispettando di regola l'ordine cronologico di arrivo delle domande, e comunque entro i termini previsti dalla normativa, salvo casi che necessitino, per comprovate esigenze sociali o sanitarie segnalate dai Servizi di competenza, di valutazione urgente da effettuarsi nel primo giorno utile predisposto per le valutazioni, previa autorizzazione del Presidente UVG;
- fissa l'appuntamento con gli utenti, laddove non vi abbia provveduto l'Assistente Sociale dell'Ente Gestore, per l'effettuazione dell'indagine sanitaria e sociale con un preavviso congruo., salvo differente accordo con il richiedente. Nel caso in cui l'appuntamento sia fissato per via telefonica deve essere registrato sulla richiesta di valutazione il giorno in cui è stata comunicata la data della visita e il nominativo di chi ha ricevuto la comunicazione.

## 6.b Indagine sanitaria e sociale

I Referenti Sociali e Sanitari individuati dall'UVG, generalmente si recano al domicilio o in struttura per svolgere l'indagine sociale e sanitaria, finalizzata all'acquisizione di elementi relativi alle

ASL VC	Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).doc	6/16
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, RIPRODOTTO O RESO NOTO A TERZI SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>		

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).doc
		pag7/16

condizioni sanitarie e sociali dell'anziano, con particolare attenzione all'individuazione dei requisiti per la realizzazione di un Progetto individuale.

Le indagini istruttorie sociale e sanitaria avvengono in modo congiunto, possono avvenire in tempi separati, ma in ogni caso utili al rispetto del termine di conclusione del procedimento e le risultanze sono oggetto di confronto in un momento antecedente a quello della seduta dell'U.V.G.

I progetti vengono definiti e concordati con il beneficiario o il suo referente, nel rispetto, dove possibile, della volontà manifestata dalla persona valutata e con l'obiettivo di favorire le "Cure a domicilio";

Per i Progetti va definita la fascia assistenziale, tenendo conto non solo del punteggio della valutazione multidimensionale, ma anche del giudizio della stabilità delle condizioni cliniche, sulla osservazione della complessità assistenziale e sulla invasività dei trattamenti sanitari.

Ai sensi della DGR 14-5999 del 25.5.2013, la persona viene riconosciuta non autosufficiente con una valutazione sanitaria data dalle cinque scale (indice di Barthel, IADL, SPMQ, A.Di.Co. e DMI) pari o superiore a cinque punti, ciò a prescindere dal progetto di residenzialità o domiciliarità, che l'UVG determina. Al di sotto di tale valore, la persona è da considerarsi autosufficiente.

L'U.V.G. può avvalersi della consulenza di medici specialisti dell'Azienda Sanitaria Locale (compresi i medici della Medicina Legale secondo quanto previsto dalla D.G.R. 30-11748 del 16 febbraio 2004 e s.m.i.) e dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera. Si avvale altresì della consulenza degli psicologi dell'A.S.L., nel caso in cui l'attività riabilitativa prevista nel progetto individuale richieda specificamente un supporto psicologico.

L'indagine sociale e sanitaria, sottoscritta da chi l'ha svolta, è trasmessa alla Segreteria per il suo inserimento all'ordine del giorno nella prima seduta utile tenendo conto dei tempi massimi (90 gg.) entro i quali il procedimento deve essere concluso.

Qualora la persona sia domiciliata o temporaneamente ricoverata fuori dal territorio dell'ASL nella quale ha la residenza, l'U.V.G. competente, di norma, richiede per iscritto l'effettuazione della valutazione per rogatoria da parte dell'U.V.G. dell'ASL nel cui territorio il paziente è domiciliato.

## **7 IL PROCESSO DI VALUTAZIONE**

### **7.a Valutazione complessiva ed elaborazione del progetto individuale**

La valutazione complessiva dei bisogni dell'anziano e la definizione del percorso assistenziale, concordato con il beneficiario e/o con la sua famiglia, spetta all'U.V.G.

Lo strumento adottato per la valutazione è la Cartella Geriatrica, di cui alla normativa regionale (D.D. 381 del 30.06.2016).

L'U.V.G. individua in qualità di Referenti del caso una figura sanitaria e una figura sociale, che fungono da punto di riferimento per l'anziano non autosufficiente e la sua famiglia, dalla valutazione alla presa in carico, agevolando, monitorando e coordinando il percorso assistenziale, assicurandone così la continuità, al fine di garantire la risposta socio-sanitaria adeguata nell'ambito dei servizi della rete, coerente con il progetto definito dall'UVG.

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).doc
		pag8/16

Il progetto assistenziale viene approvato a maggioranza e sottoscritto da almeno 3 componenti, tra cui il presidente, il rappresentante dei Servizi Socio Assistenziali ed un operatore professionale sanitario.

In caso di parità di voti prevale l'espressione del Presidente.

L'esito della valutazione viene comunicato al richiedente per iscritto, tramite posta, di norma entro 5 giorni lavorativi dalla data della seduta.

La comunicazione deve contenere:

- la data di valutazione,
- la tipologia di progetto assistenziale identificato (domiciliare, semiresidenziale, residenziale), l'intensità assistenziale assegnata (residenziale e domiciliare),
- il punteggio dato dalla valutazione sociale e sanitaria, il punteggio complessivo delle due valutazioni summenzionate nonché, per i progetti di residenzialità, il grado di priorità urgente/non urgente/differibile ai sensi della DGR 14 del 25 giugno 2013.

Per particolari situazioni necessitanti di ulteriori approfondimenti si sospende temporaneamente la decisione, dandone comunicazione per iscritto al richiedente; dalla data di tale comunicazione decorrono nuovamente i predetti termini.

Nel caso in cui la persona sia ricoverata in ospedale, l'UVG si riserva la facoltà di eseguire la valutazione durante la degenza.

## 7.b Lista aventi diritto

La lista degli aventi diritto con il relativo punteggio sanitario e sociale è uno strumento per garantire il principio di priorità in un contesto di accesso ai servizi universale ma con risorse limitate.

Hanno diritto all'inserimento nella lista solo i cittadini residenti nel territorio della ASL VC.

La Segreteria dell'U.V.G., al termine di ogni seduta della Commissione, provvede alla compilazione di elenchi, distinti per tipologie di Progetti individuali, mediante l'attribuzione ad ogni richiedente di un punteggio derivante dalla somma della valutazione sociale e sanitaria, secondo le modalità indicate dalla normativa regionale (D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008 e ss.mm.ii.) e della fascia di intensità assistenziale (DGR 45-4248 del 30 luglio 2012); in caso di pari punteggio si terrà conto dell'ordine cronologico della richiesta di valutazione. In applicazione alla DGR 14 del 25 giugno 2013 per i progetti di residenzialità viene garantito l'accesso in base al grado di priorità URGENTE/NON URGENTE/DIFFERIBILE di cui alla citata normativa. La segreteria si avvale, per tale funzione, dei programmi informatizzati regionali finalizzati anche all'invio dei flussi di rilevazione utili per la programmazione nazionale dei servizi.

Hanno diritto ad essere inseriti nel progetto regionale RSA APERTE coloro che sono nella lista di residenzialità

Si specifica quanto segue:

- il grado di priorità URGENTE viene attribuito qualora il punteggio sociale e sanitario sia complessivamente pari o superiore a 24 e comporta l'attivazione del progetto residenziale entro 90 giorni dalla data della valutazione UVG;

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).doc
		pag9/16

- il grado di priorità **NON URGENTE**; viene attribuito nei casi in cui l'UVG riscontri significativi problemi sanitari con moderati bisogni assistenziali e comporta l'attivazione del progetto entro un anno dalla valutazione UVG;
- il grado di priorità **DIFFERIBILE** viene attribuito a situazioni di parziale perdita di autonomia nella gestione delle attività della vita quotidiana con presenza di supporto parentale e/o amicale e non comporta una definizione del tempo di attesa;
- è prevista dalla normativa la possibilità che l'UVG, per comprovate motivazioni di gravità dal punto di vista sanitario o sociale, esprima una valutazione di urgenza per casi con punteggi inferiori a 24;
- i casi con punteggio inferiore a 19 non possono accedere ai progetti di residenzialità, ma possono beneficiare di progetti a sostegno della domiciliarità, salvo casi eccezionali che devono essere valutati dall'UVG;
- i casi con punteggio sanitario inferiore a 5 sono considerati autosufficienti;
- nei casi con parità di punteggio, ai fini della formazione della graduatoria viene presa in considerazione la data di protocollazione della domanda effettuata sull'applicativo in uso dal SUSS;

Gli elenchi sono costantemente aggiornati a cura della Segreteria U.V.G., che provvede a registrare le nuove valutazioni, gli avvenuti inserimenti, i decessi, le dimissioni, i trasferimenti e le rivalutazioni effettuate in seguito alle variazioni delle condizioni sanitarie e/o sociali.

I dati necessari per l'aggiornamento automatico delle liste di cui ai punti successivi sono inseriti di volta in volta in base all'esito delle nuove valutazioni.

I membri della Commissione sottoscrivono gli elenchi al termine di ogni seduta dopo averne verificato la correttezza.

Compatibilmente con le risorse disponibili, l'UVG può attivare i progetti residenziali in emergenza dando adeguata evidenza delle motivazioni nel verbale della seduta.

### 7.b.1 Gestione lista residenzialità e semiresidenzialità

La lista degli aventi diritto, unica a livello aziendale, viene determinata automaticamente dal programma web anziani sulla base dei dati inseriti il giorno 15 e il giorno 30/31 di ogni mese, (se festivo l'inserimento viene effettuato nel primo giorno utile lavorativo) in seguito alle valutazioni effettuate dalla Commissione.

L'obiettivo deve essere quello di promuovere la capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

La Segreteria provvede all'inserimento dei dati utili sul programma Web Anziani, residenziale e semiresidenziale.

La gestione delle liste di residenzialità e semiresidenzialità è in capo al Distretto che ha la titolarità di gestione del budget sanitario. Il Distretto propone l'inserimento in convenzione dandone contestuale comunicazione ai Servizi Socio Assistenziali, in relazione alle scelte manifestate dall'assistito e comunicano gli oneri correlati. Nel caso in cui l'interessato rinunci momentaneamente all'inserimento in convenzione, la sua posizione resterà sospesa fino a nuova comunicazione da parte dell'interessato.

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).doc
		pag10/16

### 7.b.2 Gestione lista domiciliarità (DGR 39-11190 del 6.4.2009)

La gestione della lista della lista della domiciliarità è posta in capo agli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali, titolari del budget.

Agli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali compete l'aggiornamento della stessa e l'attuazione degli interventi in essa previsti, con la distribuzione delle risorse economiche dedicate allo scopo.

Di ogni provvedimento concernente la gestione della lista della domiciliarità è data comunicazione alla Segreteria dell'UVG.

### 7.c Rivalutazione del Progetto individuale residenziale

La rivalutazione del progetto individuale attivato presso strutture residenziali viene effettuata d'ufficio dall'UVG in base all'attività di monitoraggio a campione di cui alla DGR 45-4248/2012, oppure a seguito di richiesta inoltrata all'U.V.G. del Distretto tramite casella di posta elettronica certificata o raccomandata A.R.;

- dalla struttura residenziale, qualora l'evoluzione del bisogno assistenziale si sia modificata rispetto al momento della valutazione; in tal caso la struttura allega alla domanda la valutazione clinica sullo stato di salute dell'ospite, proponendo la relativa fascia assistenziale adeguata all'evolvere della situazione monitorata;
- dall'utente stesso /familiari /legali rappresentanti, in caso di aggravamento delle proprie condizioni, con facoltà di farsi assistere da un medico di sua fiducia e/o da un'associazione di tutela.

I Piani Assistenziali Individuali (PAI) e i flussi FAR RP (ministeriali), compilati dalle strutture, sono uno strumento di monitoraggio per la S.S Residenzialità del Distretto, che registra l'evoluzione dei progetti residenziali, tuttavia non comportano automaticamente l'attribuzione di nuove intensità assistenziali; qualora la situazione rilevata dai PAI e flussi FAR RP evidenzia un significativo cambiamento del profilo assistenziale dell'assistito deve essere richiesta dalla struttura residenziale/ospite una rivalutazione UVG.

Le proposte di adeguamento e/o di rivalutazione dei progetti devono essere oggetto di rivalutazione clinica da parte dell'U.V.G. entro i successivi trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di cui sopra.

Limitatamente ai casi di urgenza, certificati da specifica documentazione clinica, controfirmata dal Medico di Medicina Generale della persona, la rivalutazione fatta dalla struttura, qualora confermata dalla rivalutazione dell'U.V.G., ha effetto dalla data di formale trasmissione della proposta all'U.V.G. (data di trasmissione della comunicazione).

Rispetto alla valutazione effettuata a livello locale (U.V.G dell'A.S.L. di residenza o struttura ospitante), l'interessato, se ne ha la capacità, o il familiare o il tutore o l'amministratore di sostegno, può avvalersi, in sede valutativa o comunque prima che la Commissione si sia formalmente espressa, della perizia di propri esperti e/o farsi rappresentare da un'associazione di categoria e/o di volontariato che opera a difesa dei diritti delle persone anziane.

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).doc
		pag11/16

## 8 ATTIVAZIONE DEGLI INTERVENTI

Il modello operativo dell'U.V.G. è finalizzato alla presa in carico delle persone anziane non autosufficienti in modo da garantire la continuità delle cure.

Dal momento della presa in carico viene garantito all'assistito il costante monitoraggio della sua situazione; all'aggravarsi delle condizioni si procede alla rivalutazione del caso e alla proposizione degli interventi di volta in volta più adeguati all'evoluzione della situazione.

Ogni persona valutata (o chi per essa) ha la facoltà di concordare con l'U.V.G. il percorso assistenziale più appropriato, accedendo a uno o più interventi. Non è consentito l'inserimento contemporaneo nelle graduatorie domiciliari e residenziali; l'utente che intende cambiare graduatoria deve formulare una richiesta scritta di cambio del progetto da inoltrare alla Segreteria UVG.

Qualora le risorse previste dal Progetto individualizzato non siano immediatamente disponibili, la presa in carico è messa in atto mediante la proposta di interventi alternativi, impiegando le risorse disponibili nell'ambito della rete complessiva dei servizi per anziani non autosufficienti.

Per situazioni in cui si ravvisino caratteri di urgenza per aspetti sanitari e/o sociali, che andranno definiti nell'ambito dei lavori della U.V.G., il Presidente, previo parere del Direttore del Distretto, può convocare la Commissione per assumere i necessari provvedimenti conseguenti.

### 8.a Accettazione dell'utente

L'utente (o chi per esso) è tenuto a pronunciarsi per iscritto sull'accettazione della convenzione presso struttura residenziale RSA entro 5 giorni consecutivi dalla comunicazione della proposta da parte della Segreteria U.V.G. distrettuale.

La mancata comunicazione scritta nel termine previsto viene considerata alla stregua di un rifiuto temporaneo, che consente alla Segreteria U.V.G. di proporre l'intervento all'utente successivo in graduatoria.

Il rifiuto temporaneo diviene cancellazione definitiva dalla graduatoria, qualora l'utente non comunichi la sua volontà dopo 7 giorni dalla successiva notifica con raccomandata A.R.

Nel caso di non accettazione dell'intervento il nominativo dell'anziano non è più inserito nello specifico elenco di attesa, fatta comunque salva la possibilità di permanere nelle graduatorie relative ad altri interventi, così come di presentare nuove richieste di valutazione.

L'inserimento in struttura residenziale deve avvenire di norma entro i 5 giorni lavorativi successivi all'accettazione.

Ai sensi della L.R 1 del 2004, l'utente esercita il diritto di libera scelta della struttura RSA tra quelle convenzionate con l'ASL VC attraverso gli accordi contrattuali in vigore; è possibile scegliere una struttura extra aziendale a condizione che quest'ultima sia convenzionata con l'ASL di riferimento territoriale. In tali casi la Segreteria UVG compie le necessarie verifiche di merito acquisendo l'accordo contrattuale in vigore con l'ASL di riferimento. La convenzione potrà essere attivata solo a seguito delle verifiche di regolarità amministrativa.

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).doc
		pag12/16

## **9 MONITORAGGIO DEGLI INTERVENTI ATTIVATI**

### **9.a Progetti residenziali, RSA aperta, progetti semiresidenziali**

L'andamento del Progetto Individuale è soggetto a monitoraggio nei tempi nello stesso stabiliti, in modo tale che la risposta erogata sia sempre adeguata alle esigenze assistenziali dell'ospite, con l'obiettivo di garantire alle persone assistite sia la continuità sia l'appropriatezza delle cure.

L'U.V.G., a cui compete garantire l'effettiva corrispondenza del Progetto Individuale con le effettive necessità del paziente, svolge la funzione di verifica della congruità tra il Progetto Individuale e il P.A.I. predisposto dalla struttura con cadenza semestrale, oppure, in particolari condizioni, con scadenze più ravvicinate.

L'U.V.G. infine valida periodicamente, secondo le cadenze previste dalla normativa di riferimento, i dati previsti dal Flusso di Assistenza Residenziale e semiresidenziale della Regione Piemonte (FAR-RP), che i presidi forniscono utilizzando l'apposito portale regionale. Inoltre segnala alla Commissione di Vigilanza sui Presidi Socio-Sanitari situazioni di grave rischio di inappropriatazza relative a parametri gestionali e/o strutturali.

### **9.b Progetti domiciliari in lungoassistenza (DGR 51-11389 del 23.12.2003)**

I progetti domiciliari che prevedono l'attivazione del Servizio Tutelare degli Enti Gestori sono monitorati dall'UVG nei tempi e modalità previste dal Progetto Individuale che deve essere acquisito agli atti della cartella dell'utente. Eventuali cambiamenti, comportanti l'incremento di prestazioni, devono essere valutati dall'UVG.

## **10 RISORSE TERRITORIALI, SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI**

Le prestazioni socio sanitarie che possono essere fornite attraverso l'U.V.G. distrettuale alle persone anziane affette da patologie che determinano non autosufficienza sono:

- a) Prestazioni tutelari in lungoassistenza;
- b) Rsa aperta ai sensi della DGR 16 maggio 2016 n. 34-3309;
- c) inserimento in Centro Diurno Alzheimer o in Centro Diurno Integrato;

inserimento, anche temporaneo, in strutture residenziali;

Il contributo economico a supporto della domiciliarità di cui alla DGR 39-11190 del 6.04.2009 è attivato dagli Enti Gestori, ferma restando la valutazione congiunta prevista dalla DGR n. 26-6993 del 30 dicembre 2013.

I requisiti di accesso, i valori tariffari e la compartecipazione alla spesa sono quelli previsti dalla normativa vigente e dalle procedure aziendali in uso.

Per le prestazioni sopraelencate l'Ente Gestore integra, se del caso, la quota di spesa posta a carico del cittadino, secondo criteri e modalità definite da ciascun Ente Gestore.

ASL VC	Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).doc	12/16
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, RIPRODOTTO O RESO NOTO A TERZI SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>		

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).doc
		pag13/16

In caso di inserimento in strutture semiresidenziali e residenziali la Segreteria U.V.G. verifica il possesso dell'autorizzazione al funzionamento da parte delle strutture individuate e comunica a queste ultime di attivare l'intervento nell'ambito di un rapporto convenzionale.

## **11 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**

L'U.V.G. può essere attivata dal Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (N.D.C.C.) di cui alla DGR n. 27-3628 del 28.3.2012 per i pazienti che necessitano di un percorso di dimissioni protette successivamente al ricovero ospedaliero/ percorso nei posti letto di Continuità a Valenza Sanitaria (CAVS).

Nello specifico, qualora si renda necessario l'inserimento in una Struttura residenziale per anziani non autosufficienti in situazioni di multiproblematicità segnalate all'UVG dal NOCC o dal NDCC, l'U.V.G. effettua le valutazioni di competenza – anche in sede ospedaliera – e predispose il progetto assistenziale individuale, nel rispetto dei tempi previsti per il trasferimento del paziente nel setting di cura appropriato.

I progetti di inserimento temporaneo presso RSA a seguito di dimissioni ospedaliere o dimissione dai posti di continuità a valenza sanitaria (CAVS) non rientrano tuttavia nella continuità assistenziale a valenza sanitaria di cui alla DGR 6-5519 del 14 marzo 2013, ma sono da considerarsi prestazioni socio-sanitarie e come tali comportano l'applicazione dei criteri di valutazione dell'UVG e la ripartizione dei costi ASL/Utente/enti Gestori secondo il modello introdotto dalla DGR 85-6287/2013.

Il ricovero temporaneo è una possibilità riservata alla persona che è già inserita in un progetto domiciliare o che è inseribile in tale progetto. Il ricovero temporaneo ha lo scopo di alleggerire temporaneamente il “care-giver”.

La durata massima del ricovero temporaneo presso una struttura accreditata è di trenta giorni, anche non consecutivi, nel corso dell'anno solare, con pagamento della quota sanitaria da parte dell'ASL ed eventuale compartecipazione della quota sociale da parte dei Servizi Socio Assistenziali.

La richiesta di ricovero temporaneo deve essere redatta su apposito modulo UVG e presentata allo Sportello Unico Socio Sanitario che previa protocollazione del documento provvede all'inoltro alla Segreteria UVG.

Se il soggetto ha già una precedente valutazione con un progetto domiciliare attivo o si trova in graduatoria domiciliare:

- se è trascorso più di un anno dall'ultima valutazione, l'UVG rivaluta il caso, rivedendo la persona in presenza di documentazione insufficiente;
- qualora il tempo trascorso dalla precedente valutazione sia inferiore all'anno, l'UVG si riserva di autorizzare il ricovero temporaneo, individuando la pertinente fascia assistenziale, in base agli elementi già acquisiti (precedente valutazione, stabilità del quadro clinico etc.); se però tali elementi risultano essere insufficienti, l'UVG rivaluta il caso.

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).doc
		pag14/16

## **12 TRASFERIMENTI**

---

La richiesta di trasferimento in altra struttura residenziale o semiresidenziale può essere richiesta dall'utente (o da chi per esso), fatta salva la disponibilità dei posti.

Nel caso in cui un soggetto, inserito in una struttura residenziale o semiresidenziale, si trasferisca o venga trasferito ad altra struttura senza preventivo assenso dell'U.V.G., decade automaticamente ogni responsabilità economica e progettuale dell'U.V.G. stessa, sia sotto l'aspetto sanitario sia sotto quello sociale ed educativo, fatti salvi gli obblighi previsti dalla vigente legislazione in materia.

Il costo della giornata in cui avviene il trasferimento dovrà essere conteggiato solo nella struttura ricevente.

## **13 TUTELE**

---

L'U.V.G. segnala all'autorità giudiziaria competente quando, nel corso della propria attività, riscontra la necessità di misure di protezione a favore di persone non autosufficienti che, per effetto di infermità, si trovano nell'impossibilità o nell'incapacità di provvedere ai propri interessi.

## **14 TUTELA DELLA PRIVACY**

---

Tutti gli atti e le operazioni che attengono all'U.V.G. sono compiuti nel rispetto del D.Lgs. n. 196 del 30.6.2003 (*"Codice in materia di protezione dei dati personali"*).

## **15 NORME TRANSITORIE**

---

L'applicazione del presente regolamento decorre dalla data di pubblicazione sul sito aziendale  
 'E prevista una revisione in base all'entrata in vigore di nuove normative regionali.

## **16 NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

---

- L. n. 241 del 7.08.1990 *"Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi"*;
- D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"*;
- L. n. 328 del 8.11. 2000 *"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"*;
- D.P.C.M. 14.02.2001 *"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio –sanitarie"*;
- D.P.C.M. 29.11.2001 *"Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"*;

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).doc
		pag15/16

- D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”;
  - D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.2003 “D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all’area dell’integrazione socio – sanitaria”;
  - L.R. n. 1 del 8.01.2004 “Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e di riordino delle legislazioni di riferimento”;
  - D.G.R. n. 72-14420 del 20.12.2004“Percorso di Continuità Assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente”;
  - DGR n. 42-8390 del 10.3.2008 “Cartella Geriatrica dell’Unita’ di Valutazione Geriatrica e Linee guida del Piano Assistenziale Individuale. Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 17-15226/2005 ‘Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti’ e della D.G.R. n. 14-26366/1998 ‘Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani. UVG”;
  - DGR n. 39-11190 del 6.4.2009 “Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio–sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungoassistenza di anziani non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare di cui alla D.G.R. n. 37–6500 del 23.7.2007”;
  - L.R. n. 10 del 18.02.2010 “Servizi domiciliari per persone non autosufficienti”;
  - D.G.R. n. 69-481 del 2.8.2010 “Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2009, della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009”;
  - D.D. Direzione Sanità n. 683 del 30.9.2010 “Documento ‘Flusso informativo regionale delle prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali: Criteri guida per la rilevazione dei dati”;
  - DGR n. 27-3628 del 28.3.2012 “Attuazione Piano di rientro - D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011 e s.m.i. - La rete territoriale: criteri e modalità per il miglioramento dell’appropriatezza e presa in carico territoriale”;
  - D.G.R. n. 45-4248 del 30.07.2012 “Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni”
  - D.G.R. 14 marzo 2013, n. 6-5519 “Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015)”
  - D.G.R. 25 giugno 2013 n. 14-5999 “Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza all’ordinanza del TAR Piemonte n. 141/2013”
  - D.G. R. 2 agosto 2013, n. 85-6287 “Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012”
- D.G.R. 30 dicembre 2013, n. 26-6993: “Modalità di gestione delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti”
- D.G.R. 16 maggio 2016, n. 34-3309: “Modulazione dell’offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell’Unita’ di Valutazione Geriatrica.”

ASL VC	Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).doc	15/16
--------	---	-------

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UVG (DIS.RE.0627.04).doc
		pag16/16

## 17 STORIA DELLE MODIFICHE

---

REV.	Data	Descrizione delle modifiche
00	1/7/2010	Prima emissione
01	1/1/2013	Revisione per integrazione nuova normativa regionale DGR 45-4248/2012
02	Dicembre 2013	Revisione per integrazione nuova normativa regionale DGR 14-5999/2013 e DGR 85-6287/2013
03	Gennaio 2016	Revisione della procedura con integrazioni e chiarificazioni
04	Aprile 2018	A seguito di istituzione di unico Distretto come da Atto Aziendale si è provveduto ad un'unica graduatoria e pertanto si è modificato il regolamento. Istituzione di commissione di verifica sulle valutazioni al fine di garantire equità di trattamento.

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UMVD (DIS.RE.0970.01).doc
		Pag. 1/13

## Regolamento per il funzionamento dell'Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità (UMVD) Distretto ASL VC

	<i>Nominativo</i>	<i>Funzione</i>	<i>Data</i>	<i>Firma/evidenza di approvazione</i>
<b>Stesura</b>	Dott.ssa Lucia Rugolo	Consulente ASL TO5	Dic 17	<i>F.to in originale</i>
<b>Verifica</b>	Dott. Giuseppe Ferraris	Direttore SS Residenzialità	Aprile 18	<i>F.to in originale</i>
	Dott. Guido Buffa	Dirigente Medico SC Distretto	Aprile 18	<i>F.to in originale</i>
	Dott. Giuseppe Saglio	Dirigente Medico SC Psichiatria	Aprile 18	<i>F.to in originale</i>
	Dott. Paolo Rasmini	Direttore S.C. Neuropsichiatria Infantile	Aprile 18	<i>F.to in originale</i>
	Dott.ssa Gennarina Rista	Dirigente Medico SC Distretto	Aprile 18	<i>F.to in originale</i>
	Dott.ssa Laura Spunton	Assistente Sociale Collaboratore Esperto	Aprile 18	<i>F.to in originale</i>
	Dott.ssa Francesca Gallone	Direttore SC Distretto	Aprile 18	<i>F.to in originale</i>
	Dott. Arturo PASQUALUCCI	Direttore Sanitario	Aprile 18	<i>F.to in originale</i>
<b>Autorizzazione</b>	Dott.ssa Francesca Gallone	Direttore Distretto di Vercelli	Aprile 18	<i>F.to in originale</i>
<b>Emissione</b>	Dott.ssa Chiara Serpieri	Direttore Generale ASL VC	Aprile 2018	<i>F.to in originale</i>

<b>Data di applicazione</b>	Aprile 2018
<b>REV.</b>	<b>00</b>

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UMVD (DIS.RE.0970.01).doc  Pag. 2/13
---	--------------------	---

1. OGGETTO.....	3
2. ACRONIMI .....	3
3. FINALITÀ E FUNZIONI.....	3
4. DESTINATARI DEGLI INTERVENTI .....	4
5. COMPOSIZIONE.....	5
6. MODALITA' OPERATIVE.....	6
a) FASE ISTRUTTORIA.....	7
b) FASE DI VALUTAZIONE.....	8
c) VERIFICHE.....	9
d) LISTE DEGLI AVENTI DIRITTO.....	10
e) TRASFERIMENTO DI PRESIDIO E CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA.....	10
f) INTERVENTI TEMPORANEI .....	10
7. DIRITTI DELL'INTERESSATO.....	11
8. TUTELE.....	12
9. TUTELA DELLA PRIVACY .....	12
10. NORME TRANSITORIE.....	12
11. NORMATIVA CITATA NEL TESTO .....	12
12. STORIA DELLE MODIFICHE .....	13

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UMVD (DIS.RE.0970.01).doc  Pag. 3/13
---	--------------------	---

## 1. OGGETTO

L'unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità, di seguito denominata UMVD, è una commissione multidisciplinare che valuta in modo globale il disabile sia minore che adulto.

Essa definisce, per ogni utente valutato, un progetto assistenziale individualizzato finalizzato a garantirne la cura, la prevenzione e la riabilitazione, attraverso l'accesso a molteplici servizi socio sanitari appropriati e tra loro integrati.

Il presente regolamento disciplina, nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente, le modalità di funzionamento dell'UMVD.

## 2. ACRONIMI

**ICD:** International Classification of Diseases

**MMG:** Medici di Medicina Generale convenzionati

**PLS:** Medici Specialisti Pediatri di Libera Scelta

**UMVD:** Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità

**UVH:** Unità di Valutazione dell'Handicap

## 3. FINALITÀ E FUNZIONI

L'ambito territoriale della UMVD coincide con il territorio di competenza della ASL VC.

La UMVD garantisce il percorso della presa in carico delle persone con disabilità che necessitano di interventi sanitari e socio sanitari operando in stretta collaborazione con i Servizi Sociali del territorio di competenza della ASL VC, monitorizza l'appropriatezza delle risposte erogate e ne valuta la sostenibilità, perseguendo le seguenti finalità:

- garantire il completo rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona, concorrendo a promuoverne la piena integrazione nel gruppo familiare di vita, nella scuola, nel lavoro e nella società secondo i principi di pari opportunità e non discriminazione indicati dalla convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità;
- perseguire la piena inclusione sociale della persona con disabilità, rimuovendo le condizioni che ne impediscono il pieno sviluppo, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione alla vita della collettività ed attivando interventi finalizzati alla totale realizzazione dei propri diritti;
- concorrere all'attivazione di interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona tramite l'obbligo di progettazione, realizzazione e verifica del progetto individuale di presa in carico di cui all'art. 14 Legge 328 del 8.11.2000 comprendente anche i servizi alla persona in forma indiretta (progetti di vita indipendente e progetti di progressiva autonomia);
- garantire il raccordo dei propri interventi, nell'ambito della programmazione strategica aziendale con i vari dipartimenti competenti.

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UMVD (DIS.RE.0970.01).doc
		Pag. 4/13

L'UMVD supporta l'attività, del Distretto e degli Enti Gestori delle funzioni Socio Assistenziali, finalizzata alla programmazione degli interventi nel settore della disabilità, anche attraverso l'utilizzo e l'integrazione dei sistemi informativi già attivati.

Le funzioni dell'UMVD sono le seguenti:

- Individuare, attraverso la valutazione multidimensionale, i bisogni sanitari ed assistenziali dei soggetti disabili di ogni età, anche privi della declaratoria ex L.104/92 (qualora la domanda sia finalizzata ad interventi relativi alla "Domiciliarità"), con esclusione degli ultrasessantacinquenni e di coloro che rientrano nelle competenze dell'Unità Multidimensionale di Valutazione delle Disabilità (d'ora in poi abbreviata UMVD).
- Individuare, attraverso la valutazione multidimensionale, il livello di menomazione delle attività e della partecipazione sociale delle persone valutate, secondo i criteri e con gli strumenti che meglio servono ad individuare i bisogni delle persone con disabilità e a progettare e valutare interventi efficaci (domiciliari, semiresidenziali e residenziali).
- Definire i progetti di intervento con l'individuazione della risposta più confacente ai bisogni della persona.
- Definire la presa in carico integrata da parte dei Servizi attraverso il Progetto individualizzato.
- Valutare l'idoneità della struttura semiresidenziale o residenziale in funzione del Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.), predisposto in base alle indicazioni di cui alla DGR 51-11389 del 23.12.2003, con priorità di scelta fra le strutture presenti nel territorio del Distretto della ASL VC;
- Valutare le diverse tipologie di progetti individuali (vita indipendente, adozioni difficili, disabili sensoriali, ecc.);
- Valutare i minori con: esigenze educative speciali (L.R. 28/12/2007, n. 28), bisognosi di interventi di tutela ai sensi della DGR 41-12003 del 15.3.2004, e che necessitano di una presa in carico integrata con la conseguente attivazione di interventi socio-sanitari;
- Predisporre progetti di inserimento lavorativo di cui all'art. 2 e seguenti della Legge 68/1999 e successivi atti applicativi, con particolare riferimento al DPCM 13/1/2000 e al D. Lgvo 276 del 10/09/2003;
- Rivalutare i pazienti psichiatrici;
- Monitorare e verificare i progetti individuali.
- Raccogliere i dati necessari per i flussi informativi regionali e nazionali e verificare la corretta compilazione, validazione e aggiornamento dei Flussi Informativi aziendali, regionali e nazionali.

#### **4. DESTINATARI DEGLI INTERVENTI**

La D.G.R. n. 51-11389 del 23/11/2003, Allegato B, individua le situazioni invalidanti che necessitano di interventi appropriati ed a cui i servizi sanitari e socio – sanitari devono rispondere in modo integrato.

Sono pertanto destinatari degli interventi dell'UMVD i soggetti di età compresa fra 0 e 64 anni, residenti nell'ambito del Distretto, con le seguenti tipologie di disabilità:

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UMVD (DIS.RE.0970.01).doc
		Pag. 5/13

- persone, minori e adulte, affette da patologie croniche invalidanti, che determinano notevoli limitazioni della loro autonomia;
- persone colpite da minorazione fisica e/o sensoriale;
- persone colpite da minorazione di natura intellettuale e/o fisica anche associata a disturbi del comportamento e relazionali non prevalenti;
- minori con situazioni psicosociali anomale associate a sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali (ICD 10) fatti salvi gli interventi di esclusiva competenza sanitaria;
- rivalutazione dei pazienti psichiatrici seguiti dal Dipartimento di Salute Mentale secondo quanto previsto dalle normative regionali in materia

## 5. COMPOSIZIONE

La composizione dell'UMVD deve garantire la presenza delle figure professionali sanitarie e socio – assistenziali competenti in relazione ai casi specifici trattati.

Pertanto l'UMVD del Distretto della ASL VC è composta come di seguito specificato:

Direttore del Distretto o delegato	Presidente
Responsabile Servizio Socio Assistenziale Comunità Montana - Varallo o delegato Direttore Servizio Socio Assistenziale Consorzio C.A.S.A. - Gattinara o delegato Direttore delle Politiche Sociali e Sicurezza Comune di Vercelli o delegato Direttore C.I.S.A.S di Santhià o delegato	Co-Presidenti con calendario alternato di durata semestrale
Medico specialista (Psichiatra, Fisiatra, Neurologo, Medico Sert, altre strutture specialistiche)	Componenti individuati dal Direttore di Distretto secondo il criterio della prevalenza clinico-funzionale della malattia/menomazione che determina la disabilità o, qualora ciò non sia possibile, individuati sulla base delle patologie specifiche del caso.
Psicologo Assistente Sociale del Servizio Sociale Aziendale Operatori non medici	Componenti individuati dal Direttore di Distretto in relazione ai casi di disabilità trattati.
Assistente Sociale e/o Educatore	Componenti individuati dagli EE.GG

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UMVD (DIS.RE.0970.01).doc  Pag. 6/13
---	--------------------	---

### **L'UMVD Minori.**

Nel caso di valutazioni riguardanti soggetti in età evolutiva, l'UMVD assume la denominazione di UMVD – Minori nella quale il referente del caso è rappresentato per la parte sanitaria dal dal Direttore S.C. Neuropsichiatria Infantile o suo delegato, per la parte sociale dagli operatori designati dalla componente sociale.

L'UMVD Minori esercita le proprie competenze valutative anche in relazione ai minori con esigenze educative speciali (L.R. 28/12/2007, n. 28), ai minori bisognosi di interventi di tutela ai sensi della DGR 41-12003 del 15.3.2004 ed ai minori che necessitano di una presa in carico integrata con la conseguente attivazione di interventi socio-sanitari.

Al compimento del diciottesimo anno di età i soggetti già in carico all'UMVD minori sono rivalutati dall'UMVD adulti nel rispetto del principio di continuità assistenziale. I minori sono inseriti nelle liste disabili le quali si riferiscono ai disabili sia adulti sia minori.

I componenti della commissione possono essere sostituiti da persone da loro indicate, mediante delega scritta. La delega non si intende permanente ma si esercita in caso di impedimento o di assenza del titolare.

Il Medico di Medicina Generale o lo Specialista Pediatra di Libera Scelta dell'assistito, viene invitato a presenziare alla seduta. In caso di mancata presenza, verrà informato dell'esito della valutazione e della predisposizione del progetto individuale.

L'UMVD per l'assolvimento delle proprie funzioni si avvale di una segreteria.

I compiti della Segreteria sono i seguenti:

- Istruttoria, in ordine cronologico di arrivo, delle domande pervenute e protocollate nelle sedi periferiche dello Sportello unico socio sanitario dell'ASL VC con apertura del relativo fascicolo ed effettuazione delle verifiche di tipo amministrativo (ivi compresa la residenza dell'istante nel territorio dell'ASL CN2).
- Calendarizzazione delle sedute, sulla base della data di presentazione della domanda, nel rispetto dei novanta giorni (previsto dal regolamento sui procedimenti amministrativi dell'ASL) per la formulazione del progetto assistenziale.
- Comunicazione all'interessato della data prevista per la visita.
- Archiviazione dei verbali di visita collegiale.
- Comunicazione all'interessato del progetto e del punteggio attribuito.
- Cura dei flussi informativi locali, regionali ed aziendali.
- Tenuta ed aggiornamento delle liste degli aventi diritto.

## **6. MODALITA' OPERATIVE**

L'istanza viene presentata presso le sedi periferiche dello Sportello Unico Socio Sanitario presenti nel territorio della ASL VC ed in quella sede protocollata.

Dalla data di protocollazione dell'istanza decorrono i termini per la conclusione del procedimento. Il procedimento potrà essere sospeso laddove l'istanza risulti incompleta. L'intero procedimento si deve concludere entro 90 giorni dal ricevimento della domanda.

Della sospensione del procedimento è data comunicazione all'istante.

ASL VC	Regolamento UMVD (DIS.RE.0970.01).doc	6/13
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, RIPRODOTTO O RESO NOTO A TERZI SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>		

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UMVD (DIS.RE.0970.01).doc  Pag. 7/13
---	--------------------	---

La data di presentazione dell'istanza è altresì rilevante ai fini della determinazione della lista degli aventi diritto.

Unitamente alla richiesta è necessario allegare la seguente documentazione:

- posizione medico legale (invalido civile, cieco civile, sordomuto, persona handicappata, collocamento lavorativo mirato) così come definita all'art. 3 della Legge 104/92, testo vigente, e di cui alla L. n. 68/1999;
- certificati medici pertinenti dai quali risulti la diagnosi clinica con riferimento ai sistemi di codifica multiassiale ICD-ICD10, DSM4;
- copie di cartelle cliniche, terapie consigliate o in corso e di ogni altra documentazione utile.

La persona interessata o chi la rappresenta dovrà, contestualmente, esprimere il consenso al trattamento dei dati, mediante la compilazione del relativo modulo [*Privacy UMVD (DIS.MO.0971.nn)*].

L'operatore dello Sportello Unico ricevente sottoscrive la richiesta, rilascia copia del frontespizio per ricevuta, quindi la trasmette alla Segreteria UMVD

La persona interessata o chi la rappresenta è informata della data della valutazione da parte della Segreteria.

L'UMVD garantisce la massima partecipazione dell'interessato e dei familiari al processo di valutazione.

Il processo di valutazione si sviluppa attraverso:

#### a) FASE ISTRUTTORIA

Consiste in un'indagine sanitaria e sociale finalizzata all'acquisizione di elementi relativi alle condizioni del soggetto, con particolare attenzione all'individuazione dei bisogni ed elaborazione di un progetto che privilegi in ogni caso il mantenimento a domicilio della persona;

La Segreteria UMVD raccoglie le istanze pervenute in ordine di arrivo (data e ora), verifica la posizione medico legale e le trasmette al Direttore del Distretto.

Il Direttore di Distretto ed il Co-Presidente dell'UMVD, entro 15 gg. dalla data di protocollo, individuano congiuntamente, tra i dirigenti medici e psicologi afferenti alle strutture sanitarie e i funzionari/operatori dei servizi socio – assistenziali coinvolti nella presa in carico della persona e nell'attivazione degli interventi, il Referente Sanitario ed il Referente Sociale del caso, che, della circostanza, verranno prontamente informati tramite posta elettronica dalla Segreteria UMVD, al fine di predisporre la scheda n. 2 "Relazione sanitaria e sociale con progetto individuale" [*Relaz. soc.-sanit.progetto UMVD (DIS.MO.1009.nn)*].

La relazione può richiedere l'effettuazione di interventi medici o professionali sia ambulatoriali che domiciliari.

La scheda 2 comprende:

- 1) la diagnosi clinica;
- 2) la descrizione delle disabilità e del funzionamento;
- 3) il Progetto Individuale di inclusione sociale che comprende:
  - la formulazione degli obiettivi di autonomia e di inclusione sociale;
  - l'indicazione dei servizi, delle prestazioni e delle risorse indispensabili al raggiungimento di tali obiettivi;
  - indicazione delle azioni positive da attivare per concorrere alla creazione di pari opportunità e di non discriminazione;
  - la definizione delle modalità di attuazione e i tempi di verifica;

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UMVD (DIS.RE.0970.01).doc  Pag. 8/13
---	--------------------	---

- il responsabile del progetto individuale, riferimento della persona (case manager) per tutto il percorso.

Il Progetto Individuale, tenuto conto dell'età della persona interessata, delle aspettative e richieste della persona o di chi la rappresenta, deve essere coerente con progetti specifici, diversamente definiti e di seguito indicati:

- progetto riabilitazione previsto dalla DGR 10-5605 del 02/04/2007;
- progetto di inclusione scolastica di cui agli artt. 12 e 13 della legge n. 104/92 e smi e alla DGR n. 34-13176 del 01/02/2010;
- progetto di inserimento lavorativo di cui all'art. 2 e seguenti della Legge 68/1999 e successivi atti applicativi, con particolare riferimento al DPCM 13/1/2000 e al D. Lgvo 276 del 10/09/2003.
- progetti di riabilitazione psichiatrica e di superamento di stati di dipendenza;
- altri progetti individuali elaborati dal servizio sociale o dal servizio sanitario.

I Referenti Sanitario e Sociale devono restituire la scheda n. 2 compilata alla Segreteria UMVD entro 30 giorni dal ricevimento della stessa.

L'indagine, viene effettuata, di norma, al domicilio della persona interessata, dal Referente Sanitario e dal Referente Sociale del caso, che raccolgono la documentazione necessaria alla valutazione. Nella fase di istruttoria, il Referente Sanitario del caso compila le "scale di valutazione multidimensionali".

La Commissione può avvalersi di consulenze specialistiche, laddove siano necessari ulteriori approfondimenti, finalizzati alla formulazione del progetto assistenziale.

Le indagini istruttorie sociale e sanitaria possono avvenire in tempi separati, ma in ogni caso utili al rispetto del termine di conclusione del procedimento.

Qualora la persona interessata sia domiciliata con assegnazione del MMG o PLS, oppure temporaneamente ricoverata, in strutture territoriali/ospedaliere fuori dal territorio dell'ASL di residenza, l'UMVD può richiedere in forma scritta l'effettuazione della valutazione da parte dell'UMVD dell'ASL nel cui territorio l'utente è domiciliato.

Qualora la persona interessata provenga da altra ASL, avendo trasferito la propria residenza nel Distretto della ASL VC, l'UMVD si attiva per acquisirne la documentazione utile presso l'ASL di provenienza.

## **b) FASE DI VALUTAZIONE**

Consiste nella definizione dell'intensità assistenziale e nell'attribuzione del punteggio complessivo ai fini dell'inserimento nell'eventuale lista d'attesa.

La Commissione UMVD si riunisce a cadenza periodica, di norma mensile, e comunque tale da garantire il rispetto dei tempi entro i quali il provvedimento deve essere concluso.

I componenti vengono convocati mediante lettera sottoscritta dal Presidente.

Il Medico di Medicina Generale o lo Specialista Pediatra di Libera Scelta dell'assistito viene invitato a presenziare alla seduta mediante lettera sottoscritta dal Presidente.

Il Referente Sanitario ed il Referente Sociale prendono parte alla seduta dell'UMVD nel corso della quale si definisce il progetto individuale della persona che ha presentato istanza di valutazione.

In attesa di definizione da parte della Regione Piemonte dei criteri di formazione delle liste di attesa relative alle diverse tipologie di intervento socio – sanitario, la lista di attesa delle richieste di valutazione viene formulata tenendo conto dei seguenti aspetti prioritari:

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UMVD (DIS.RE.0970.01).doc  Pag. 9/13
---	--------------------	---

- stato di salute del richiedente: hanno priorità le richieste formulate da persone disabili in condizioni di terminalità;
- le situazioni di persona handicappata in condizioni di gravità certificate ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L. 104/1992 o titolari di indennità di accompagnamento;
- le finalità di de-istituzionalizzazione/de-ospedalizzazione del progetto individuale;
- particolari esigenze e particolari situazioni di urgenza rispetto alla presa in carico, valutate dal direttore del Distretto e/o dal Direttore dell'Ente Gestore delle Funzioni Socio Assistenziali territorialmente competente per sede distrettuale.

A parità di condizioni si terrà conto dell'ordine di arrivo della richiesta di valutazione.

La fase di valutazione deve concludersi con un verbale sottoscritto dai Co-Presidenti e dai Referenti del caso.

La valutazione finale prevede per ogni soggetto un Progetto Assistenziale di tipo residenziale o semiresidenziale (con indicazione del numero di moduli settimanali previsti) o domiciliare. Per una stessa persona gli interventi residenziali sono incompatibili con progetti semiresidenziali o domiciliari.

La seduta UMVD viene verbalizzata da un operatore amministrativo della Segreteria UMVD

Il verbale deve indicare la fase istruttoria e le conclusioni specificando gli interventi previsti, le verifiche, gli obiettivi da raggiungere e le risorse rese disponibili.

Presso la Segreteria UMVD viene depositato il registro delle sedute, disponibile per i soggetti e gli Enti/strutture coinvolti/e.

L'esito della valutazione con il relativo punteggio viene comunicato per iscritto dalla Segreteria all'interessato o alla persona di riferimento.

Il Co-presidente Sanitario o il referente sanitario del caso, su segnalazione degli Uffici Distrettuali o dei Servizi Socio Assistenziali, provvede a rivalutare d'ufficio i casi per i quali si verificano assenze dalle frequenze dei progetti superiori al massimo previsto dai contratti in essere, per una loro eventuale giustificazione e per l'eventuale modifica del Piano Assistenziale.

Al compimento del sessantacinquesimo anno di età l'UMVD valuta se mantenere il progetto già in atto o se sia necessario, in considerazione dell'eventuale assimilabilità dei bisogni della persona a quelli di un anziano non autosufficiente, trasferire la competenza valutativa e progettuale all'UVG.

Per quei soggetti di età inferiore ai 65 anni i cui bisogni siano complessivamente assimilabili a quelli di un anziano non autosufficiente, anche se già in carico al Dipartimento di Salute Mentale o al Dipartimento delle Dipendenze, verrà attivata la Commissione UVG.

La presa in carico da parte dell'UVG con la formulazione di un progetto assistenziale individualizzato avviene solo se si ravvisa un profilo di cura assimilabile all'anziano; nel caso contrario la persona resta in carico al servizio proponente.

Nel rispetto del principio della continuità assistenziale, le variazioni progettuali, compresa la variazione del numero di moduli di frequenza del Centro Diurno ed il passaggio dai progetti semiresidenziali a residenziali o viceversa saranno attivati senza passaggio in lista di attesa e, di conseguenza, senza soluzione di continuità.

### c) VERIFICHE

Il Referente Sanitario ed il Referente Sociale almeno una volta all'anno, ed all'occorrenza, su richiesta dell'UMVD, della persona interessata o di chi ne fa le veci, ogni qualvolta ne emerga la necessità, curano specifica relazione di aggiornamento sulla base della "scheda n. 2" e trasmettono tale relazione all'UMVD.

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UMVD (DIS.RE.0970.01).doc  Pag. 10/13
---	--------------------	--

#### **d) LISTE DEGLI AVENTI DIRITTO**

La lista è uno strumento per garantire il principio di priorità in un contesto di accesso ai servizi universale, ma con risorse limitate.

Hanno diritto all'inserimento in graduatoria solo i cittadini residenti nel territorio dell'ASL VC.

La Segreteria UMVD provvede all'inserimento dei dati utili alla compilazione della lista degli aventi diritto (adulti e minori) residenziale e semiresidenziale, in relazione al punteggio conseguito ed alla data di protocollo della domanda e ne cura la pubblicazione sul sito aziendale, secondo le disposizioni normative in materia.

Il disabile che chiede il passaggio dalla lista domiciliare a quella residenziale, viene inserito in quest'ultima dalla data della prima domanda.

##### **- Gestione lista residenzialità e semiresidenzialità**

La gestione della lista è posta in capo al Distretto, che ha la titolarità di gestione del budget sanitario.

Il Distretto delibera l'inserimento dandone contestuale comunicazione ai Servizi Socio Assistenziali, in relazione alle scelte manifestate dall'assistito.

Nel caso in cui l'interessato rinunci momentaneamente all'inserimento in convenzione, la sua posizione resterà sospesa fino a nuova comunicazione.

Al fine di garantire trasparenza e correttezza all'organizzazione, il giorno 10 di ogni mese o il giorno lavorativo immediatamente successivo la lista viene aggiornata e pubblicata sul sito aziendale e vengono predisposti gli atti per eventuali nuovi ingressi in struttura convenzionata a seconda del progetto residenziale o semiresidenziale proposto in sede di valutazione dalla Commissione preposta.

##### **- Gestione lista domiciliarità**

La gestione della lista della domiciliarità è posta in capo agli Enti Gestori delle funzioni socioassistenziali, titolari del budget sociale ed a cui è affidata anche la gestione del budget sanitario.

Agli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali compete l'aggiornamento della stessa, la relativa pubblicazione e l'attuazione degli interventi in essa previsti, con la distribuzione delle risorse economiche dedicate allo scopo.

Di ogni provvedimento concernente la gestione della lista della domiciliarità è data comunicazione alla Segreteria dell'UMVD.

#### **e) TRASFERIMENTO DI PRESIDIO E CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA**

Il trasferimento da un presidio convenzionato ad un altro, ad invarianza di progetto assistenziale, è autorizzato, su domanda dell'interessato o del tutore/amministratore di sostegno, dal Direttore del Distretto o Suo Delegato.

La variazione di progetto di un utente già in carico è redatta dalla commissione UMVD ed è data attuazione senza inserimento in lista di attesa in osservanza al principio di continuità delle cure.

Della decisione è data contestuale comunicazione scritta all'interessato o a chi lo rappresenta ed al Servizio Sociale di appartenenza.

#### **f) INTERVENTI TEMPORANEI**

I soggetti disabili titolari di progetti domiciliari e semiresidenziali o candidati agli stessi, che si trovino in particolari condizioni, personali o assistenziali, tali da richiedere per un breve periodo, anche non continuativo, l'inserimento in un presidio semiresidenziale o residenziale, possono richiedere un inserimento temporaneo in una struttura convenzionata.

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UMVD (DIS.RE.0970.01).doc  Pag. 11/13
---	--------------------	--

La durata massima del ricovero temporaneo presso una struttura accreditata è di trenta giorni nel corso dell'anno solare, con pagamento della quota sanitaria da parte dell'ASL ed eventuale compartecipazione della quota sociale da parte degli EE.GG.

Considerata la finalità di tale tipologia di assistenza, secondo anche quanto indicato dalla normativa in materia, per i ricoveri temporanei non si prevede lista d'attesa.

La richiesta di ricovero temporaneo deve essere redatta su apposito modulo e presentata allo Sportello Unico Socio Sanitario

Se il soggetto ha già una precedente valutazione con un progetto domiciliare attivo o si trova in graduatoria domiciliare:

- se è trascorso più di un anno dall'ultima valutazione, l'UMVD rivaluta il caso, rivedendo la persona;
- qualora il tempo trascorso dalla precedente valutazione sia inferiore all'anno, l'UMVD si riserva di autorizzare il ricovero temporaneo, individuandone il progetto assistenziale, in base agli elementi già acquisiti (precedente valutazione, stabilità del quadro clinico etc.); se però tali elementi risultino essere insufficienti l'UMVD rivaluta il caso.

La Segreteria UMVD provvede alle comunicazioni relative all'accoglimento della richiesta all'interessato o a chi per esso, alla Struttura ed agli EE.GG. competenti.

#### **g) RAPPORTI CON IL NUCLEO DISTRETTUALE DI CONTINUITA' DELLE CURE (NDCC)**

Il NDCC, costituito secondo le indicazioni della DGR 27-3628 del 28 marzo 2012, garantisce la continuità delle cure e l'integrazione Ospedale –Territorio.

Per le persone con bisogni assistenziali tipici di un malato con ridotta autonomia funzionale, il NDCC trasmette all'UMVD le informazioni necessarie per la completa valutazione sociale e sanitaria.

### **7. DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'interessato o chi lo rappresenta (tutore, amministratore di sostegno o dall'esercente la potestà genitoriale qualora si tratti di minore):

- viene informato, con congruo anticipo di tempo, della data in cui si svolge la seduta dell'UMVD;
- ha la possibilità di partecipare direttamente alla fase istruttoria e/o valutativa o di avvalersi del supporto di un professionista esperto in discipline socio-sanitarie o di essere rappresentato da un'associazione per persone con disabilità; non può partecipare alla conclusione del processo decisionale;
- riceve comunicazione della parte conclusiva del verbale, comprendente il progetto individuale, in forma scritta a firma del Presidente dell'UMVD;
- in caso di dissenso dalle valutazioni espresse dalla UMVD, entro 60 gg. dalla notifica dell'esito del procedimento, può richiederne un riesame, in applicazione del dispositivo di cui alla DGR 51-11389/2003 allegato B punto 5;
- in caso di cambiamenti intervenuti nella propria situazione, può inoltrare una nuova richiesta di valutazione;
- può rinunciare all'intervento proposto mediante comunicazione scritta;
- può richiedere il trasferimento in altra struttura semi residenziale o residenziale, previa valutazione da parte dell'UMVD della congruità progettuale e da parte delle Direzioni di Distretto e dell'Ente Gestore

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UMVD (DIS.RE.0970.01).doc  Pag. 12/13
---	--------------------	--

della sostenibilità economica, acquisiti i necessari consensi e con precedenza alle strutture del territorio aziendale;

- può avvalersi della libera scelta della struttura, con pagamento dell'intera retta, senza dover sottostare al presente Regolamento.

Resta fermo il diritto incondizionato alla tutela giurisdizionale.

## **8. TUTELE**

L'UMVD invia segnalazione all'autorità giudiziaria competente quando, nel corso della propria attività, riscontra la necessità di misure di protezione delle persone prive in tutto, o in parte, di autonomia per effetto di infermità, menomazioni fisiche e/o psichiche che si trovino nell'impossibilità o nell'incapacità di provvedere ai propri interessi.

## **9. TUTELA DELLA PRIVACY**

Tutti gli atti e le operazioni che attengono all'UMVD sono sottoposti al decreto legislativo 30/06/2003 n. 196, "Codice in materia di protezione dei dati personali".

## **10. NORME TRANSITORIE**

L'applicazione del presente regolamento decorre dal 15 dicembre 2011 e sarà sottoposto a revisione almeno ogni tre anni.

## **11. NORMATIVA CITATA NEL TESTO**

- Legge 7 agosto 1990 n. 241, "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi";
- Legge 15 ottobre 1990, n. 295, "Revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti";
- Legge 17.2.1992 n. 104, "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate";
- Legge 12 marzo 1999, n. 68, "Norme per il diritto al lavoro dei disabili";
- D.P.C.M. 13 gennaio 2000, "Atto di indirizzo in materia di collocamento obbligatorio dei disabili";
- D. Lgs 18 agosto 2000 n. 267, "Testo Unico sull'ordinamento degli enti locali";
- Legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- D.P.C.M. 29.11.2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza";
- D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- D. Lgs 10 settembre 2003, n. 276, "Attuazione delle deleghe in materia di occupazione e mercato del lavoro";

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>REGOLAMENTO</b>	Regolamento UMVD (DIS.RE.0970.01).doc
		Pag. 13/13

- D.P.C.M. 23 febbraio 2006, n. 185, “Regolamento recante modalità e criteri per l’individuazione dell’alunno come soggetto in situazione di handicap”;
- D.G.R. 22/2/1993 n. 147–23154 “Comunità alloggio e centri diurni per soggetti handicappati. Adeguamento della normativa regionale alla legge 5.2. 1992 n. 104,
- D.G.R. 3 aprile 1996, n. 118-7609, “Progetto obiettivo – Tutela della salute mentale 1994/1996, D.P.R. 7 aprile 1994, adempimenti inerenti la lett. d)”;
- D.G.R. 2 agosto 1999, n. 74-28035, “L.R. n. 61/1997, All. C, punto 4 – Tutela della salute mentale – linee di indirizzo”;
- D.G.R. n. 51–11389 del 23/12/2003 “D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all’area dell’integrazione socio – sanitaria”;
- L.R. 8/01/2004 n. 1 “Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e di riordino delle legislazioni di riferimento”;
- D.G.R. 15 marzo 2004, n. 41-12003, “Tipologia, requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori”;
- D.G.R. 10-5605 del 02/04/2007 “Riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte”;
- L.R. 28 dicembre 2007, n. 28, “Norme sull’istruzione, il diritto allo studio e la libera scelta educativa”;
- D.G.R. 34-13176 del 01/02/2010 “Linee di indirizzo integrate per ASL, Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, Istituzioni scolastiche ed Enti di formazione professionale circa il diritto all’educazione, istruzione e formazione professionale degli alunni con disabilità o con Esigenze Educative Speciali”;
- D.G.R. 56-13332 del 15.2.2010 “Assegnazione risorse a sostegno della domiciliarità per non autosufficienti in lungo assistenza a favore di anziani e persone con disabilità e con età inferiore a 65 anni – modifiche ed integrazione alla DGR 39-11190 del 6.4.2009”;
- DGR 26-13680 del 29.3.2010: “Approvazione delle linee guida sul funzionamento delle Unità Multidisciplinari di valutazione della disabilità (UMVD)”.
- DGR 27-3628 del 28 marzo 2012, “Attuazione Piano di rientro - D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011 e s.m.i. - La rete territoriale: criteri e modalità per il miglioramento dell’appropriatezza e presa in carico territoriale”.

## 12. STORIA DELLE MODIFICHE

REV.	Data	Descrizione delle modifiche
00	15 Febbraio 2012	Prima emissione
01	Aprile 2018	A seguito di istituzione di unico Distretto come da Atto Aziendale si è provveduto ad un’unica graduatoria e pertanto si è modificato il regolamento.

## ACCORDO INTEGRATIVO AL PROTOCOLLO D'INTESA

Di cui alle deliberazioni n. 791 del 2 settembre 2016 e n. 797 del 9 settembre 2016

### Per l'implementazione del progetto Sportello Unico Socio Sanitario

## CONTITOLARITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(art. 26 del Regolamento UE n. 679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 24.4.2016)

TRA

l'Azienda Sanitaria Locale di Vercelli – P.I. 01811110020, con sede legale in C.so Mario Abbiate n. 21, 13100 Vercelli, rappresentata dal Direttore Generale, dott.sa Chiara SERPIERI (di seguito “ASL VC”),

e

Gli “Enti Gestori” così come definiti nel Protocollo d'Intesa tra l'ASL “VC” di cui alla Delibera del D.G. ASL VC n. 791 del 2 settembre 2016 e 797 del 9 settembre 2016 di seguito (il “Protocollo”) ovvero :

Il Comune di Vercelli e Comuni associati, in persona del Sindaco di Vercelli pro tempore;

Il Consorzio Intercomunale per la gestione dei servizi di assistenza sociale di Santhià (nel prosieguo C.I.S.A.S.) in persona del Presidente pro tempore;

L'Unione Montana dei Comuni della Valsesia, in persona del Presidente pro tempore;

Il Consorzio per l'Attività Socio Assistenziale (C.A.S.A.), in persona del Presidente pro tempore (ciascuno essendo un “Ente Gestore” e collettivamente gli “Enti Gestori”);

Ciascuna delle Parti viene indentificata come “Contitolare”, e collettivamente come “Parti” e “ Contitolari”

Premesso che

A. A norma dell'art. 3 del Protocollo, le parti si impegnano, *inter alia*:

- a proseguire e progressivamente affinare lo scambio delle informazioni;
- a mettere ciascuno a disposizione di ciascun punto di accesso risorse umane qualificate quali:
  - Operatore di sportello profilo di base;
  - Assistente sociale;
  - Operatore di profilo superiore addetto all'aggiornamento delle comunicazioni presenti nel portale;

- a favorire il passaggio, e lo scambio di informazioni tra tutti i soggetti aderenti e quindi l'aumento di conoscenze e competenze al fine di un miglior servizio rivolto all'utenza;
  - a utilizzare e aggiornare l'applicativo ed il portale dedicato allo Sportello Unico Socio sanitario ognuno per la parte di propria competenza fornendo tutte le informazioni rispetto ai propri servizi e alle proprie attività , alle modalità e requisiti di accesso e indicazioni per facilitare il contatto con l'utenza;
  - ad aggiornare costantemente tali informazioni;
  - individuare modalità efficaci di gestione comune delle informazioni;
  - collaborare all'eventuale progettazione di interventi in aree di interesse comune e all'analisi e accoglienza di richieste complesse;
  - collaborare alla creazione di nuovi strumenti informativi a favore dei cittadini fragili;
  - accrescere le competenze degli operatori di sportello attraverso interventi di: formazione/addestramento che rafforzi il loro ruolo e li accompagni in un percorso di crescita professionale nella direzione di una maggior attenzione alla relazione e ai bisogni con il paziente fragile
  - definire modalità di raccolta dei livelli di soddisfazione dei cittadini analizzare i percorsi esistenti con la definizione di processi, protocolli, ruoli e indicatori di risultato per singoli processi/prestazioni
- B. L'espletamento dell'attività sopra descritta da parte di tutti i Contitolari comporta il trattamento di dati personali, come definiti all'art. 4, 1) e in particolare di categorie particolari di dati come definiti all'art. 9 del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito anche solo il "Regolamento" o "GDPR");
- C. La normativa applicabile in materia di protezione dei dati personali impone una serie di obblighi e vincoli al trattamento di dati personali da parte di ciascuno dei Contitolari del trattamento, che influenzano il Trattamento in questione;
- D. In particolare, ai sensi dell'art. 26 del Regolamento, allorché due o più titolari del trattamento determinano congiuntamente le finalità e le modalità del trattamento, essi sono Contitolari del trattamento;
- E. I contitolari del trattamento devono, pertanto, determinare in modo trasparente, mediante un accordo interno, le rispettive responsabilità in merito all'osservanza degli obblighi derivanti dalla normativa vigente;

- F. L'accordo suddetto deve, pertanto, disciplinare gli obblighi dei Contitolari con particolare riguardo all'esercizio dei diritti dell'interessato, nonché i rispettivi ruoli nella comunicazione delle informazioni agli interessati;
- G. A tal fine, ciascun Contitolare designa un referente per ciascun punto di contatto per gli interessati;
- H. In virtù del rapporto intercorrente fra i Contitolari, è intenzione di questi determinare congiuntamente le finalità e le modalità del Trattamento;
- I. Con il presente accordo integrativo (di seguito "Accordo") le Parti, ciascuna nella propria capacità di titolare del trattamento, intendono dunque instaurare fra loro un rapporto di Contitolarità nel Trattamento e disciplinare, di conseguenza, i rispettivi ruoli e responsabilità nei confronti degli interessati;
- J. Nell'ambito delle rispettive responsabilità come determinate dal presente Accordo, i Contitolari dovranno in ogni momento adempiere ai propri obblighi conformemente ad esso e in modo tale da trattare i dati senza violare le disposizioni di legge vigenti e nel pieno rispetto delle linee guida e dei codici di condotta applicabili, di volta in volta approvati dal Garante per la protezione dei dati personali.

Tutto ciò Premesso e formante parte integrante e sostanziale del presente atto, tra le Parti, come sopra rappresentante, si conviene e si stipula quanto segue.

## 1. OGGETTO

- 1.1. Con il presente Accordo le Parti determinano le rispettive responsabilità in merito all'osservanza degli obblighi derivanti dal Regolamento, nonché dalle disposizioni di legge vigenti con riguardo al trattamento dei dati personali, e in particolare il D.lgs. 196/2003, come emendato dal D.lgs. 101/2018 e gli atti esecutivi delle medesime, quali gli atti cogenti, ove pertinenti, dell'Autorità Garante per la protezione dei Dati personali (la "Normativa"). Con il presente Accordo le Parti stabiliscono, altresì, i rispettivi obblighi in merito all'esercizio dei diritti degli interessati e i rispettivi ruoli in merito alla comunicazione dell'informativa.
- 1.2. La Contitolarità è riferita al trattamento dei dati personali, come definito all'art. 4.2) del Regolamento ed ha ad oggetto il trattamento di tutti i dati già presenti, in tutti gli archivi sia cartacei che informatizzati, e di tutti quelli che si acquisiranno in futuro in relazione ai trattamenti realizzati in esecuzione del Protocollo.

1.3. Resta inteso tra le Parti che, ai sensi dell'art. 26, comma 3, del Regolamento (EU) 2016/679, indipendentemente dalle disposizioni del presente Accordo, l'interessato potrà esercitare i propri diritti nei confronti di e contro ciascun Contitolare del trattamento.

## 2. IDENTIFICAZIONE DELLE BASI GIURIDICHE

2.1. Le Parti concordano che, ai fini dei trattamenti di dati personali *appartenenti a categorie particolari* operati in esecuzione del Protocollo, sia generalmente applicabile la base giuridica della **necessità per finalità di interesse pubblico rilevante** di cui all'art. 9, comma 2, lett. (g) del GDPR. A tali fini, visto il combinato disposto degli artt. 2-ter e 2-quater Cod. Privacy, i Contitolari identificano, per i trattamenti applicati ai sensi del Protocollo, le seguenti basi specifiche

Servizio	Interesse (premessato art. 2-quater, comma 2)
Interventi Socio Sanitari Domiciliari	u, s
Assistenza residenziale e semiresidenziale	u, s, aa
Assistenza sanitaria territoriale	t, u
Con la Medicina Legale	m, t, u, s
Con i Comuni Gestori	E, m, o, u

2.2. Fermo restando il paragrafo che precede, visto il disposto dell'art. 22, comma 11, D.lgs. 101/2018, fino ad emanazione delle misure previste dall'art. 2-octies Cod. Privacy, le Parti provvisoriamente fonderanno i trattamenti di cui sopra, sulla base legale del consenso ex art. 9, comma 2, lett. a, curando che detto consenso sia raccolto, al momento della acquisizione dei dati presso l'Interessato, con modalità valide ai sensi dell'art. 7 GDPR, e debitamente documentato. Le Parti procederanno alla revisione della presente clausola con cadenza almeno trimestrale allo scopo di evitare il protrarsi senza necessità della situazione di esercizio provvisorio della base del consenso.

### 3. RUOLI ED OBBLIGHI DELLE PARTI

3.1. Tutte le parti, per quanto di rispettiva competenza sul trattamento, sono Contitolari del trattamento e sono tenute:

- a) ad osservare e far osservare la Normativa;
- b) ad autorizzare per iscritto a compiere operazioni di trattamento unicamente persone che siano soggette ad un obbligo legale di riservatezza o, in mancanza, abbiano assunto un obbligo contrattuale in questo senso mediante atto scritto;
- c) A provvedere all'informazione e alla formazione del proprio personale dedicato alle attività previste dal Protocollo, assicurando che ciascun addetto riceva una informazione scritta sulle modalità del trattamento in sicurezza dei dati personali di livello almeno pari allo standard previsto in Allegato 1.
- d) a mettere in atto misure tecniche e organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio, e tali da assicurare
  - la riservatezza, l'integrità, la disponibilità e la resilienza dei sistemi e dei servizi di trattamento (ovvero la protezione dei dati dalla distruzione, perdita, modifica, accesso non autorizzato, divulgazione, trasmissione, conservazione - o comunque trattamento - accidentale o illegale);
  - la capacità di ripristinare tempestivamente la disponibilità e l'accesso dei dati personali in caso di incidente fisico o tecnico;

Tali misure possono comprendere, a seconda del caso e senza limitazione:

- 1) la pseudonimizzazione e/o la cifratura dei dati personali;
  - 2) la messa in opera di procedure per testare, verificare e valutare regolarmente l'efficacia delle misure tecniche e organizzative al fine di garantire la sicurezza del trattamento;
  - 3) la messa in opera di procedure che tendano alla leale cooperazione in termini di sicurezza (segnalazione immediata di qualsivoglia rischio ritenuto di varia probabilità e gravità per i diritti e le libertà delle persone fisiche ), al fine di adottare, congiuntamente o consentire all'altro titolare di adottare, le misure per contrastare il rischio o, se verificato, di effettuare la notifica/comunicazione di cui agli artt. 33 e 34 del succitato Regolamento;
- e) In ogni caso le Parti si impegnano reciprocamente:

- alla leale cooperazione in termini di trasparenza al fine di dimostrarsi e dimostrare agli interessati (dipendenti, pazienti e utenti) e a terzi (Pubblica Autorità) la liceità e correttezza del trattamento,
- ad osservare e/o recepire prescrizioni, indicazioni dell'Autorità di Controllo di cui al succitato Regolamento;
- ad utilizzare soli dati, pertinenti e necessari, alla sola finalità per cui sono stati raccolti e per cui si ha diritto di trattarli, e per il tempo strettamente necessario a perseguire la finalità, salvo che l'ulteriore conservazione sia imposta dalla vigente legislazione;

## 2. **OBBLIGHI DI INFORMAZIONE – Gestione del consenso**

### 2.1. Il Contitolare che procede alla raccolta dei dati è tenuto

- a) a fornire preventivamente agli interessati un'informativa ai sensi dell'art. 13 GDPR, comprensiva degli elementi identificativi degli altri contitolari e, ove sussista un Responsabile esterno che effettui, per conto di uno o più Contitolari, il trattamento, gli estremi di questo.
- b) ad acquisire dagli stessi interessati, il consenso al trattamento, nonché, ove appropriato e reso necessario dalla natura del servizio prestato i consensi specifici per ulteriori connessi trattamenti (es. FSE; DSE; Refertazione Online; trattamento di dati genetici, ecc.).

## 4. **NOMINA DEI PUNTI DI CONTATTO**

4.1. **Punto di contatto unico per gli Interessati** – Ciascun Contitolare mette a disposizione degli Interessati che intendano esercitare i propri diritti un punto di accesso. Ciascun Contitolare è tenuto ad assicurare l'esercizio effettivo dei diritti di accesso degli interessati per tutti i trattamenti svolti dal Contitolare medesimo; nel caso in cui un Contitolare riceva una richiesta in tal senso da un Interessato, è tenuto, nel caso in cui la richiesta non riguardi una porzione di trattamento a lui direttamente riferibile, a inoltrare la richiesta a quel Contitolare che ritenga competente sulla porzione di trattamento coinvolta. Nel caso in cui tale processo richieda un tempo che probabilmente eccederebbe il termine di riscontro di 30 giorni, il Contitolare ne dà notizia all'interessato.

4.2. **Punti di Contatto dei Contitolari** – salvo il disposto del paragrafo che precede, i Contitolari stabiliscono fra loro, per la gestione del presente accordo di contitolarità, i seguenti punti di contatto.

<b>ASL VC</b>	<p><b>SUSS presso Distretto di Vercelli</b>  Largo Giusti 13  (c/o Piastra ambulatoriale 5° piano)  <b>SUSS presso Servizio Sociale Aziendale</b>  presso il P.O. Sant'Andrea di Vercelli  <b>SUSS presso Poliambulatorio di Coggiola</b>  Via G.Garibaldi n. 97 - Coggiola  <b>SUSS presso Casa della Salute di Varallo</b>  Via Prof. Calderini n. 2 - Varallo  <b>SUSS presso Protocap di Santhià</b>  via Matteotti n. 24 – Santhià  <b>SUSS presso Municipio</b>  Via Mera - Scopello</p>
<b>Comune di Vercelli</b>	<p><b>SUSS presso Comune</b>  - Piazza del Municipio 5 - Vercelli</p>
<b>CISAS Santhià</b>	<p><b>SUSS- presso CISAS</b> Via D.  Alighieri, 10 - Santhià</p>
<b>Unione Montana Valsesia</b>	<p><b>Sede Legale Corso Roma 35 Varallo</b>  <b>SUSS presso ASL VC sede Borgosesia</b>  Via A.F. Ilorini Mo n. 20 piano terra    <b>SUSS presso Presidio Ospedaliero di Borgosesia</b>  <b>S.S. Pietro e Paolo</b>  via A.F. Ilorini Mo n. 20 IV piano - Borgosesia</p>
<b>Consorzio CASA</b>	<p><b>Sede legale Viale Marconi 102 Gattinara</b>  <b>SUSS presso Presidio Sanit. Polifunzionale di Gattinara</b>  C.so Vercelli 159 - Gattinara</p>

## 5. DELEGA DI FUNZIONI - TRASFERIMENTI

- 5.1. Qualora il trattamento di competenza di un Contitolare debba essere effettuato da soggetto esterno alla propria organizzazione, a concludere con questi un contratto, o altro atto giuridico vincolante, che ne detti i compiti, e ne definisca le istruzioni a norma dell'art. 28 della succitata normativa e
- 5.2. in caso di trasferimento di dati all'estero per esigenze correlate alla finalità del trattamento, di verificare che il relativo aggiudicatario o fornitore e suoi sub-fornitori (sub-responsabili del

trattamento) abbiano sede nell'UE o se stabiliti in un paese al di fuori dell'Unione Europea verificare, o se del caso, esigere:

- a) che lo Stato di destinazione sia ricompreso nell'elenco di quelli nei cui confronti la Commissione europea ha emesso una decisione di adeguatezza del livello di protezione dei dati personali;
- b) in caso contrario, la stipula di un accordo con il Titolare (o, secondo il caso con Responsabile e sub-responsabile) contenente apposite le clausole contrattuali predisposte dalla Commissione europea (l'elenco delle decisioni di adeguatezza e delle clausole contrattuali, al riguardo, utilizzabili, sono reperibili sul seguente link: <http://garanteprivacy.it/home/provvedimentinormativa/normativa/normativa-comunitaria-e-intenzionale/trasferimento-dei-dati-verso-paesiterzi>);

## **6. DISPOSIZIONI FINALI**

- 6.1. Per quanto non espressamente previsto nel presente atto, si rinvia a quanto stabilito nei precedenti atti tra le medesime parti o agli atti di Enti pubblici (es. Regione Piemonte) che dispongono sulla disciplina dell'attività istituzionale (e, di conseguenza, anche sul trattamento dei dati) che, in ciascun ambito organizzativo si è tenuti ad applicare e/o a darne esecuzione.
- 6.2. In caso di violazione di dati imputabile alla esclusiva responsabilità di un Contitolare, le Parti concordano che il suddetto Contitolare tenga indenni indenne gli altri, con riconoscimento in favore di questo ultimo del diritto di rivalsa.
- 6.3. Ciascun Contitolare informa le Persone Autorizzate rientranti nella propria organizzazione, che il trattamento è effettuato in regime di contitolarità ai sensi del presente accordo e della normativa vigente sulla protezione dei dati personali.
- 6.4. Il presente atto non comporta alcun diritto ad uno specifico compenso o indennità o rimborso per il trattamento, né ad un incremento, se dovuto, del compenso spettante a titolare.
- 6.5. Le pattuizioni del presente atto avranno efficacia fintanto che l'attività del trattamento avvenga in comune in base al Protocollo, salvi gli specifici obblighi che per loro natura o per legge sono destinati a permanere.

Vercelli, li .....

All. 1 – Istruzioni tipo da fornire alle Persone Autorizzate al trattamento dei dati personali in base al Protocollo

Allegare GENLEG.IL.0819.00

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>ISTRUZIONE DI LAVORO</b>	Istruzioni incaricati Privacy (GENLEG.IL.0819.00).doc
		Pag. 1/4

## **ISTRUZIONI PER GLI INCARICATI DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI OPERANTI PRESSO LE STRUTTURE DELL'ASL VC**

### **Premessa**

Dal punto di vista giuridico i dati personali comprendono qualsiasi informazione riguardante una persona fisica (es. un paziente, un operatore, ecc.) oppure una persona giuridica (es. un'azienda sanitaria locale o ospedaliera, una associazione, una ditta vincitrice di una gara d'appalto, ecc.).

Per gli incaricati del trattamento dei dati personali è importante sapere che "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni o organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale" sono dalla legge classificati come "**dati sensibili**". Come tali essi vanno trattati con riguardo ancora maggiore e, in caso di infrazioni alle norme di legge, le sanzioni, anche di carattere penale, sono più pesanti. E' importante sottolineare che basta si tratti di "dati idonei a rivelare ..." e non che rivelino quello che è classificato come un dato sensibile.

Secondo quella che è la definizione data dalle norme di legge, titolare del trattamento è l'A.S.L. VC di Vercelli, legalmente rappresentata da quello che ne è il Direttore Generale, e, in relazione all'organizzazione adottata dall'A.S.L. VC di Vercelli, il responsabile del trattamento di riferimento per ciascun incaricato del trattamento è rappresentato dal Direttore della Struttura Organizzativa Complessa oppure dal Responsabile della Struttura Semplice presso cui l'incaricato del trattamento lavora.

### **Istruzioni**

L'incaricato del trattamento dei dati personali, che è stato nominato tale con lettera a firma del proprio responsabile gerarchico, che agisce anche come responsabile del trattamento dei dati personali, è tenuto a:

- trattare i dati personali esclusivamente al fine di adempiere agli obblighi derivanti dal rapporto di lavoro;
- trattare i dati personali in modo lecito e secondo correttezza, garantendo in ogni operazione la massima riservatezza;
- trattare i dati personali nel rispetto delle misure di sicurezza previste dall'A.S.L., segnalando prontamente al proprio responsabile gerarchico, che agisce anche come responsabile del trattamento, eventuali pericoli per la sicurezza dei dati personali;
- trattare i dati personali verificando, ove possibile, l'esattezza dei dati e, se necessario e consentito, aggiornando i medesimi (qualora non sia consentita la rettifica dell'errore è comunque necessario segnalare l'eventuale inesattezza al proprio responsabile gerarchico);
- verificare che i dati trattati siano pertinenti, completi e non eccedenti le finalità per le cui sono stati raccolti o successivamente trattati;
- osservare le specifiche disposizioni riportate qui di seguito.

**Nel caso di trattamento effettuato senza l'ausilio di strumenti elettronici, l'incaricato deve osservare le seguenti disposizioni:**

- è vietata la diffusione dei dati sensibili;
- è vietata la comunicazione dei dati personali in modo non conforme alle procedure del servizio, alla normativa vigente e a terzi non autorizzati;
- è vietato sottrarre, manipolare o occultare dati personali oggetto del trattamento;
- è vietato consegnare a persone non autorizzate stampe, tabulati, elenchi, rubriche ed ogni altro materiale riguardante i dati personali oggetto del trattamento da parte dell'incaricato;
- le copie conformi di documenti contenenti dati personali possono essere consegnate solamente al diretto interessato oppure a terzi muniti di delega da parte dell'interessato accompagnata da copia di un documento identificativo oppure a terzi autorizzati sulla base di disposizioni di legge;
- è vietato riciclare carta stampata o fotocopiata contenente dati personali;
- l'eventuale distruzione dei dati aventi carattere personale nei casi autorizzati (es. fotocopie errate) dovrà avvenire in modo da rendere illeggibile il documento stesso (attenzione: la documentazione sanitaria in originale non deve mai essere distrutta);
- onde evitare accessi impropri ai dati personali è opportuno trattare sempre gli stessi al riparo da sguardi indiscreti;
- i documenti contenenti dati personali non devono essere portati al di fuori dei locali individuati per il loro trattamento se non in casi del tutto eccezionali e, nel caso in cui questo avvenga, l'asportazione, autorizzata dal responsabile del trattamento di competenza, deve essere ridotta al tempo minimo necessario per effettuare le operazioni di trattamento;
- quando i dati personali devono essere portati al di fuori dei locali individuati per il loro trattamento, l'incaricato del trattamento deve sempre portare con sé la cartella o la borsa nella quale i documenti sono contenuti e deve evitare che un soggetto terzo non autorizzato possa esaminare anche solo la copertina della cartella in questione, qualora essa riporti l'indicazione del contenuto;
- per tutto il periodo in cui i documenti contenenti dati personali sono al di fuori dei locali individuati per la loro conservazione, l'incaricato del trattamento non dovrà mai lasciarli incustoditi;
- l'incaricato del trattamento deve controllare che i documenti contenenti dati personali trattati senza l'ausilio di strumenti elettronici, composti da numerose pagine o più raccoglitori, siano sempre completi e integri;
- i documenti contenenti dati personali devono essere conservati in luoghi sicuri, con accesso protetto;
- è necessario assicurarsi che l'ufficio in cui sono conservati i documenti contenenti dati personali sia sempre custodito durante l'orario in cui rimane aperto oppure che esso sia chiuso a chiave;
- i documenti contenenti dati sensibili dovranno sempre essere custoditi in armadi chiusi a chiave, tanto nel caso in cui locali o uffici siano presidiati o utilizzati dagli incaricati del trattamento, tanto nel caso in cui non lo siano;
- i documenti contenenti dati personali non sensibili dovranno essere sempre conservati in locali o uffici chiusi a chiave, quando non presidiati nè utilizzati dagli incaricati del trattamento;
- le chiavi degli armadi ove sono custoditi i dati sensibili e dei locali ove sono custoditi dati personali non sensibili devono essere depositate in un luogo sicuro; deve essere consentita la completa accessibilità ai dati al responsabile del trattamento;
- l'accesso agli archivi cartacei contenenti dati sensibili al di fuori dell'orario di apertura dei locali dove è prestato il servizio deve essere registrato: in particolare, deve essere presa nota degli estremi identificativi della persona, della data di accesso e dell'ora di accesso;
- la creazione di archivi cartacei deve essere autorizzata dal responsabile del trattamento di competenza.
- per quanto concerne la comunicazione di dati personali:
  1. per la comunicazione tra uffici dell'A.S.L. occorre trasmettere in busta chiusa o, comunque, in modo protetto, i soli dati personali necessari alle finalità per cui sono stati richiesti; nel caso di dati sensibili, sulla confezione o sul documento di accompagnamento dovrà essere indicata la dicitura "DATI PROTETTI – D.Lgs. n. 196/2003";

2. per la comunicazione al di fuori dell'A.S.L. è necessario seguire le procedure operative vigenti, ovvero, in casi particolari, richiedere l'autorizzazione al responsabile del trattamento; qualora la comunicazione all'esterno costituisca un trattamento consentito all'incaricato è necessario che egli segua le istruzioni riportate al punto 1;
  3. è vietato discutere, comunicare o comunque trattare dati personali per telefono, se non si è certi che il destinatario sia un soggetto autorizzato a poter trattare i dati in questione;
  4. si raccomanda di non parlare mai ad alta voce trattando dati personali per telefono, soprattutto usando apparati cellulari e cordless, in presenza di terzi non autorizzati, per evitare che i dati possano essere conosciuti da terzi non autorizzati, anche accidentalmente. Queste precauzioni diventano particolarmente importanti quando il telefono è usato in luogo pubblico o aperto.
- al termine del rapporto di lavoro o dell'assegnamento delle mansioni affidate l'incaricato deve restituire integralmente i dati al responsabile del trattamento, con espresso divieto di conservarli, duplicarli, comunicarli o diffonderli;
  - l'incaricato deve, in ogni caso, attenersi alle ulteriori istruzioni che l'A.S.L., come titolare del trattamento, o il responsabile del trattamento di competenza impartiscano in merito.

**Nel caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, l'incaricato deve osservare le seguenti disposizioni:**

- l'incaricato è autorizzato ad effettuare esclusivamente i trattamenti di dati personali che rientrano nell'ambito di trattamento definito dal responsabile del trattamento di competenza, con la conseguente possibilità di accesso ed utilizzo degli strumenti elettronici, informatici e telematici e delle banche dati che contengono i dati personali;
- l'incaricato deve seguire le procedure operative definite dal responsabile del trattamento riguardanti il back-up e la garanzia della continuità del servizio;
- la trasmissione per posta elettronica di dati personali da parte dell'incaricato è autorizzata solo per le finalità consentite e solo nel caso in cui i dati personali siano trasmessi in un file allegato protetto da password, previa attenta verifica dell'indirizzo del destinatario;
- la creazione di database deve essere autorizzata dal responsabile del trattamento;
- l'incaricato deve seguire le disposizioni della SOC Sistemi Informativi ed Informatici, con particolare riguardo alle seguenti indicazioni:
  - utilizzare la propria password per accedere ai programmi;
  - non lasciare mai il computer acceso incustodito senza aver prima attivato lo screensaver con parola chiave;
  - cambiare regolarmente le password di accesso, secondo quanto richiesto dal computer e, comunque, ogni 3 mesi;
  - usare password di almeno 8 caratteri, non riconducibili al proprio nome e cognome;
  - scollegare il computer al termine di ogni sessione di lavoro e spegnere tutti i componenti collegati alla macchina (video, stampante, ecc.);
  - controllare sempre con l'antivirus i floppy disk provenienti da un altro operatore;
  - cancellare le e-mail provenienti da un mittente sconosciuto o contenenti file allegati con estensioni \*.EXE; \*.COM; \*.VBS; \*.PIF; \*.SCR;
  - salvare gli allegati di posta importanti e cancellare i messaggi che non necessitano di archiviazione;
  - è vietato scaricare da internet qualsiasi software in assenza di specifica autorizzazione della SOC medesima;
  - è vietato condividere cartelle in rete non dotate di password;
  - i supporti magnetici contenenti dati sensibili dovranno sempre essere custoditi in armadi chiusi a chiave, tanto nel caso in cui locali o uffici siano presidiati o utilizzati dagli incaricati del trattamento, tanto nel caso in cui non lo siano;

- i supporti magnetici contenenti dati personali non sensibili dovranno essere sempre conservati in locali o uffici chiusi a chiave, quando non presidiati né utilizzati dagli incaricati del trattamento;
  - è vietato alterare la configurazione di rete di stazioni di lavoro e di altri dispositivi di rete (stampanti condivise, ecc.);
  - l'incaricato del trattamento deve custodire i supporti di memorizzazione contenenti dati personali in luogo sicuro, al riparo da agenti chimici e fisici e da possibili tentativi di furto, distruzione o manomissione, in locale o armadio sorvegliato o chiuso a chiave, in assenza dell'incaricato del trattamento;
- al termine del rapporto di lavoro o dell'assegnamento delle mansioni affidate l'incaricato del trattamento deve trasmettere integralmente i dati personali su cui ha lavorato al responsabile del trattamento, con espresso divieto di conservarli, duplicarli, comunicarli o diffonderli;
  - l'incaricato deve, in ogni caso, attenersi alle ulteriori istruzioni che l'A.S.L., come titolare del trattamento, o il responsabile del trattamento di competenza impartiscano in merito.

## Definizioni

---

Il codice della privacy di cui al D.Lgs. n. 196/2003 disciplina la protezione dei dati personali e definisce:

**DATI PERSONALI:** qualunque informazione relativa a persona fisica, persona giuridica, ente od associazione, identificati o identificabili, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale.

**DATI SENSIBILI:** i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

**TRATTAMENTO:** qualunque operazione o complesso di operazioni, effettuati anche senza l'ausilio di strumenti elettronici, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione di dati, anche se non registrati in una banca di dati.

**INTERESSATO:** la persona fisica, la persona giuridica, l'ente o l'associazione cui si riferiscono i dati personali.

**COMUNICAZIONE:** il dare conoscenza dei dati personali a uno o più soggetti determinati diversi dall'interessato, dal rappresentante del titolare nel territorio dello Stato, dal responsabile e dagli incaricati, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

**DIFFUSIONE:** il dare conoscenza dei dati personali a soggetti indeterminati, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

## Riferimenti

---

- D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"
- Documento programmatico per la sicurezza dell'A.S.L. n. 11 Vercelli, redatto ai sensi del D.Lgs. stesso
- Codice di Deontologia Medica e Codice di Deontologia Infermieristica, in particolare per segreto d'ufficio
- Codice di comportamento dei dipendenti pubblici
- Carta dei Servizi, in particolare per segretezza sullo stato di salute

*Il Responsabile del Trattamento dati personali*

**SCHEMA DI PROTOCOLLO D'INTESA**  
**Per la gestione dei dati dei pazienti**  
**inseriti in un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)**  
**in conformità alla normativa sul trattamento dei dati personali**

(Regolamento UE n. 679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 24.4.2016)

TRA

l'Azienda Sanitaria Locale di Vercelli – P.I. 01811110020, con sede legale in C.so Mario Abbiate n. 21, 13100 Vercelli, rappresentata dal Direttore Generale, dott.sa Chiara SERPIERI  
(di seguito "ASL VC"),

e

il dott. ...., Medico di Medicina Generale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale in base alla convenzione ..... del ..... (il "Medico di Medicina Generale" o "MMG")

Ciascuna delle Parti essendo inoltre indentificata come "Parte", e collettivamente come "Parti"

Visto il Piano di Attività 2010 approvato con DGR n. 18-12960 del 30.12.2009;

Visti gli indirizzi programmatici contenuti nel Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010 approvato con DCR n. 137-40212 del 24.10.2007;

Vista la Deliberazione della Giunta Regionale 16 marzo 2010, n. 34-13530 - Procedura di approvazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali elaborati dall'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari;

Visto il documento AReSS Piemonte "PIC dello scompenso cardiaco" del 4/07/2009 ("PIC");

Premesso che

- A. In base agli strumenti suindicati, l'ASL VC ha avviato, nel proprio ambito territoriale di competenza, un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la terapia ed assistenza continuativa dello scompenso cardiaco;
- B. In base al PDTA (par. 4.1.1. del PIC) è compito del Medico di Medicina Generale l'avvio del Percorso Integrato di Cura del Paziente affetto da Scompenso Cardiaco;
- C. In base al PDTA medesimo, è compito dell'ASL VC la predisposizione degli strumenti tecnici per la comunicazione, tra i vari soggetti coinvolti nel PDTA, e in particolare di piattaforme telematiche per la comunicazione dei dati del paziente tra i vari soggetti;
- D. L'espletamento dell'attività sopra descritta comporta il trattamento di dati personali, come definiti all'art. 4, 1) e in particolare di categorie particolari di dati come definiti all'art. 9 del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito anche solo il "Regolamento" o "GDPR");

- E. La posizione reciproca delle Parti in relazione ai dati dei pazienti inseriti nel PDTA è autonoma, nella misura in cui lo strumento impiegato per la comunicazione tra le Parti dei dati personali messo a disposizione dall'ASL VC permette il trattamento dei dati in autonomia da parte di ciascuna delle Parti;
- F. In virtù del rapporto intercorrente fra le Parti, è intenzione di queste determinare congiuntamente le sole modalità del Trattamento;
- G. Con il presente protocollo (di seguito il "Protocollo d'Intesa") le Parti, ciascuna nella propria capacità di titolare del trattamento, intendono disciplinare i rispettivi ruoli e responsabilità nei confronti degli interessati;
- H. Nell'ambito delle rispettive responsabilità come determinate dal presente Protocollo d'Intesa, le Parti dovranno in ogni momento adempiere ai propri obblighi conformemente ad esso e in modo tale da trattare i dati senza violare le disposizioni di legge vigenti e nel pieno rispetto delle linee guida e dei codici di condotta applicabili, di volta in volta approvati dal Garante per la protezione dei dati personali.

Tutto ciò Premesso e formante parte integrante e sostanziale del presente atto, tra le Parti, come sopra rappresentante, si conviene e si stipula quanto segue.

## 1. OGGETTO

- 1.1. Con il presente Protocollo d'Intesa le Parti determinano le rispettive responsabilità in merito all'osservanza degli obblighi derivanti dal Regolamento, nonché dalle disposizioni di legge vigenti con riguardo al trattamento dei dati personali, e in particolare il D.lgs. 196/2003, come emendato dal D.lgs. 101/2018 e gli atti esecutivi delle medesime, quali gli atti cogenti, ove pertinenti, dell'Autorità Garante per la protezione dei Dati personali (la "Normativa"). Con il presente Protocollo d'Intesa le Parti stabiliscono, altresì, i rispettivi obblighi in merito all'esercizio dei diritti degli interessati e i rispettivi ruoli in merito alla comunicazione dell'informativa.

## 2. IDENTIFICAZIONE DELLE BASI GIURIDICHE

- 2.1. Le Parti ritengono che, ai fini dei trattamenti di dati personali *appartenenti a categorie particolari* operati in esecuzione del presente Protocollo d'Intesa, sia generalmente applicabile
  - a) Per l'ASL VC la base giuridica della **necessità per finalità di interesse pubblico rilevante** di cui all'art. 9, comma 2, lett. (g) del GDPR, in combinato disposto con artt. 2-ter, 2-quater Cod. Privacy, e in particolare la finalità di cui all'art. 2-quater, comma 2, lett. u);
  - b) Per il MMG la base giuridica del **contratto con un professionista della sanità vincolato al segreto professionale**, di cui all'art. 9, comma 2, lett. (g), cpv del GDPR;

2.2. Fermo restando il paragrafo che precede, visto il disposto dell'art. 22, comma 11, D.lgs. 101/2018, fino ad emanazione delle misure previste dall'art. 2-*octies* Cod. Privacy, le Parti provvisoriamente fonderanno i trattamenti di cui sopra, sulla base legale del consenso ex art. 9, comma 2, lett. a, curando che detto consenso sia raccolto, al momento della acquisizione dei dati presso l'Interessato, con modalità valide ai sensi dell'art. 7 GDPR, e debitamente documentato. Le Parti procederanno alla revisione della presente clausola con cadenza almeno trimestrale allo scopo di evitare il protrarsi senza necessità della situazione di esercizio provvisorio della base del consenso.

### **3. RUOLI ED OBBLIGHI DELLE PARTI**

3.1. Ognuna delle parti, per quanto di rispettiva competenza sul trattamento, è Titolare del trattamento ed è tenuta:

- a) ad osservare e far osservare la Normativa;
- b) ad autorizzare per iscritto a compiere operazioni di trattamento unicamente persone che siano soggette ad un obbligo legale di riservatezza o, in mancanza, abbiano assunto un obbligo contrattuale in questo senso mediante atto scritto;
- c) A provvedere all'informazione e alla formazione del proprio personale dedicato alle attività previste dal PDTA, assicurando che ciascun addetto riceva una informazione scritta sulle modalità del trattamento in sicurezza dei dati personali di livello almeno pari allo standard previsto in Allegato 1.
- d) a mettere in atto misure tecniche e organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio, e tali da assicurare
  - la riservatezza, l'integrità, la disponibilità e la resilienza dei sistemi e dei servizi di trattamento (ovvero la protezione dei dati dalla distruzione, perdita, modifica, accesso non autorizzato, divulgazione, trasmissione, conservazione - o comunque trattamento - accidentale o illegale);
  - la capacità di ripristinare tempestivamente la disponibilità e l'accesso dei dati personali in caso di incidente fisico o tecnico;

Tali misure possono comprendere, a seconda del caso e senza limitazione:

- 1) la pseudonimizzazione e/o la cifratura dei dati personali;
  - 2) la messa in opera di procedure per testare, verificare e valutare regolarmente l'efficacia delle misure tecniche e organizzative al fine di garantire la sicurezza del trattamento;
  - 3) la messa in opera di procedure che tendano alla leale cooperazione in termini di sicurezza (segnalazione immediata di qualsivoglia rischio ritenuto di varia probabilità e gravità per i diritti e le libertà delle persone fisiche), al fine di adottare, congiuntamente o consentire all'altro titolare di adottare, le misure per contrastare il rischio o, se verificato, di effettuare la notifica/comunicazione di cui agli artt. 33 e 34 del suddetto Regolamento;
- e) In ogni caso le Parti si impegnano reciprocamente:

- alla leale cooperazione in termini di trasparenza al fine di dimostrarsi e dimostrare agli interessati (dipendenti, pazienti e utenti) e a terzi (Pubblica Autorità) la liceità e correttezza del trattamento,
- ad osservare e/o recepire prescrizioni, indicazioni dell'Autorità di Controllo di cui al succitato Regolamento;
- ad utilizzare soli dati, pertinenti e necessari, alla sola finalità per cui sono stati raccolti e per cui si ha diritto di trattarli, e per il tempo strettamente necessario a perseguire la finalità, salvo che l'ulteriore conservazione sia imposta dalla vigente legislazione;

## 2. **OBBLIGHI DI INFORMAZIONE – Gestione del consenso**

2.1. Il Titolare che procede alla raccolta dei dati è tenuto

- a) a fornire preventivamente agli interessati un'informativa ai sensi dell'art. 13 GDPR, comprensiva degli elementi identificativi degli altre Parti e, ove sussista un Responsabile esterno che effettui il trattamento, gli estremi di questo.
- b) ad acquisire dagli stessi interessati, il consenso al trattamento, nonché, ove appropriato e reso necessario dalla natura del servizio prestato i consensi specifici per ulteriori connessi trattamenti (es. FSE; DSE; Refertazione Online; trattamento di dati genetici, ecc.).

## 4. **NOMINA DEI PUNTI DI CONTATTO**

4.1. **OPPURE Punto di contatto unico per gli Interessati** – Ciascun Titolare mette a disposizione degli Interessati che intendano esercitare i propri diritti un punto di accesso. Ciascun Titolare è tenuto ad assicurare l'esercizio effettivo dei diritti di accesso degli interessati per tutti, e solo essi, i trattamenti svolti dal Titolare medesimo; nel caso in cui il MMG riceva una richiesta in tal senso da un Interessato, è tenuto, nel caso in cui la richiesta non riguardi un trattamento a lui direttamente riferibile, a comunicare l'esistenza della richiesta all'ASL VC.

4.2. **Punti di Contatto delle Parti** – salvo il disposto del paragrafo che precede, le Parti stabiliscono fra loro, per la gestione del presente Protocollo d'Intesa, i seguenti punti di contatto.

<b>ASL VC</b>	
<b>Medico di Medicina Generale</b>	

## 5. **DELEGA DI FUNZIONI - TRASFERIMENTI**

5.1. Qualora il trattamento di competenza di un Titolare debba essere effettuato da soggetto esterno alla propria organizzazione, a concludere con questi un contratto, o altro atto giuridico vincolante, che ne detti i compiti, e ne definisca le istruzioni a norma dell'art. 28 della succitata normativa e,

5.2. in caso di trasferimento di dati all'estero per esigenze correlate alla finalità del trattamento, di verificare che il relativo aggiudicatario o fornitore e suoi sub-fornitori (sub-responsabili del trattamento) abbiano sede nell'UE o se stabiliti in un paese al di fuori dell'Unione Europea verificare, o se del caso, esigere:

a) che lo Stato di destinazione sia ricompreso nell'elenco di quelli nei cui confronti la Commissione europea ha emesso una decisione di adeguatezza del livello di protezione dei dati personali;

b) in caso contrario, la stipula di un accordo con il Titolare (o, secondo il caso con Responsabile e sub-responsabile) contenente apposite le clausole contrattuali predisposte dalla Commissione europea (l'elenco delle decisioni di adeguatezza e delle clausole contrattuali, al riguardo, utilizzabili, sono reperibili sul seguente link: <http://garanteprivacy.it/home/provvedimentinormativa/normativa/normativa-comunitaria-e-internazionale/trasferimento-dei-dati-verso-paesi-terzi>);

## 6. DISPOSIZIONI FINALI

6.1. Per quanto non espressamente previsto nel presente atto, si rinvia a quanto stabilito nei precedenti atti tra le medesime parti o agli atti di Enti pubblici (es. Regione Piemonte) che dispongono sulla disciplina dell'attività istituzionale (e, di conseguenza, anche sul trattamento dei dati) che, in ciascun ambito organizzativo si è tenuti ad applicare e/o a darne esecuzione.

6.2. Ciascun Titolare informa le Persone Autorizzate rientranti nella propria organizzazione, che il trattamento è effettuato ai sensi del presente Protocollo d'Intesa e della normativa vigente sulla protezione dei dati personali.

6.3. Il presente atto non comporta alcun diritto ad uno specifico compenso o indennità o rimborso per il trattamento, né ad un incremento, se dovuto, del compenso spettante a titolare.

6.4. Le pattuizioni del presente atto avranno efficacia fintanto che l'attività del trattamento avvenga in comune in base al Protocollo, salvi gli specifici obblighi che per loro natura o per legge sono destinati a permanere.

Vercelli, li .....

All. 1 – Istruzioni tipo da fornire alle Persone Autorizzate al trattamento dei dati personali in base al Protocollo

NOTE per L'ASL VC:

- Allegare GENLEG come aggiornata
- Si potrebbe meglio definire l'applicativo SW a supporto del PDTA; a tal proposito si chiede un contributo dal settore Sistemi Informativi
-

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>ALLEGATO</b>	Interazioni e controindicazioni (FT.DO.XXXX.00).doc pag1/4
---	-----------------	--

Le interazioni tra farmaci possono comportare differenti livelli di rischio di conseguenze negative. In base al grado di tale rischio le associazioni possono essere classificate in:

1. Associazioni potenzialmente pericolose, assolutamente da evitare
2. Associazioni che è meglio evitare
3. Associazioni che richiedono alcune precauzioni
4. Associazioni da tenere in considerazione

1. Associazioni potenzialmente pericolose. Sono quelle che sicuramente espongono il paziente a gravi rischi clinici.

- Aumento del rischio di aritmie ventricolari quando l'amiodarone è somministrato con sulfametoxazolo e trimetoprim, sotalolo, moxifloxacina, amisulpride, aloperidolo, fenotiazine, pimozide, mizolastina.
- Aumento del rischio di rabdomiolisi con l'associazione di itraconazolo, fibrati e macrolidi con la simvastatina.
- Allungamento del tratto QT con l'associazione claritromicina e alfuzosina o itraconazolo.

2. Associazioni che è meglio evitare o utilizzare solo in casi particolari e con precauzione.

- Anticoagulanti orali e FANS, per il rischio di emorragie.
- Litio e ACE-inibitori o FANS.
- Diuretici risparmiatori di potassio e ACE-inibitori.

3. Associazioni che richiedono precauzioni.

- Anticoagulanti orali e amiodarone: monitorare regolarmente e spesso l'INR per il rischio di
- Emorragie.
- Fluorchinoloni e sulfaniluree: monitorare spesso la glicemia per il rischio di iper- o ipoglicemia.

4. Associazioni da tenere in considerazione. Non prevedono particolari precauzioni ed è a discrezione del prescrittore decidere se l'associazione è appropriata.

- Associazione tra anticolinergici con effetto additivo (es. anticolinergico broncodilatatore e anticolinergico per l'ipertrofia prostatica).
- Associazione tra farmaci citostatici.

<b>Stesura:</b> Dott.ssa A. Barbieri – Direttore ff SC Farmaceutica territoriale – Gennaio 2019	<b>Verifica:</b> Nominativo.Struttura-Data	<b>Autorizzazione:</b> Nominativo.Struttura-Data	<b>Emissione:</b> Nominativo.Struttura-Data
<b>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</b>			

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>ALLEGATO</b>	Interazioni e controindicazioni (FT.DO.XXXX.00).doc
		pag2/4

**Tabella 1.** Criteri di Beers: lista dei farmaci o classi farmacologiche potenzialmente lesive per la maggior parte degli anziani indipendentemente dalle loro condizioni cliniche.

PRINCIPIO ATTIVO	RACCOMANDAZIONE (FORZA)
FANS non-coxib	L'uso cronico dovrebbe essere evitato a meno che le altre alternative non siano risultate inefficaci e il paziente possa assumere un gastroprotettore (inibitore di pompa o misoprostolo) (FORTE)
Acido acetilsalicilico > 325 mg/die	
Indometacina	L'uso dovrebbe essere evitato (FORTE)
Ketorolac (inclusa la formulazione parenterale)	L'uso dovrebbe essere evitato (FORTE)
Digossina	L'uso dovrebbe essere evitato come terapia di prima linea per la fibrillazione atriale e per lo Scompenso cardiaco. In ogni caso, evitare dosaggi >0,125 mg/die (FORTE)
Estrogeni con o senza progestinici	L'uso di estrogeni con o senza progestinici in formulazioni orali o cerotti dovrebbe essere evitato (FORTE). Creme vaginali o compresse: l'uso di estrogeni intravaginali a basse dosi può essere considerato appropriato nel trattamento della dispareunia, delle infezioni delle basse vie urinarie e di altri sintomi vaginali (DEBOLE)
Antidepressivi triciclici	L'uso dovrebbe essere evitato (FORTE)
Benzodiazepine a breve e intermedia emivita	L'uso dovrebbe essere evitato (FORTE)
Meprobamato	L'uso dovrebbe essere evitato (FORTE)
Barbiturici	L'uso dovrebbe essere evitato (FORTE)
Antistaminici H <sub>1</sub> (prima generazione)	L'uso dovrebbe essere evitato (FORTE)
Nitrofurantoina	Evitare l'uso in soggetti con CrCl < 30 ml/min o per la cura a lungo termine di infezioni batteriche (FORTE)
Alfa-1 antagonisti: Doxazosina Terazosina, Prazosina	L'uso come antipertensivo dovrebbe essere evitato (FORTE)
Glibenclamide	L'uso dovrebbe essere evitato
Alfa antagonisti centrali: Clonidina, Metildopa, Reserpina (> 0,1 g/die) Moxonidina	L'uso degli alfa antagonisti centrali dovrebbe essere evitato. In particolare la clonidina dovrebbe essere evitata come antipertensivo di prima scelta (FORTE)
Disopiramide	L'uso dovrebbe essere evitato (FORTE)
Antiparkinson: Triesifenidile	L'uso dovrebbe essere evitato (FORTE)
Antispastici anticolinergici	L'uso dovrebbe essere evitato (FORTE)
Dipiridamolo	L'uso dovrebbe essere evitato (FORTE)
Ticlopidina	L'uso dovrebbe essere evitato (FORTE)
Amiodarone	Dovrebbe essere evitato come farmaco di prima linea per il trattamento della fibrillazione atriale, a meno che il paziente non abbia scompenso cardiaco o considerevole ipertrofia del ventricolo sinistro (FORTE)
Dronedarone	L'uso dovrebbe essere evitato nella fibrillazione atriale permanente o nello scompenso cardiaco grave o recente (FORTE)
Nifedipina (rilascio immediato)	L'uso dovrebbe essere evitato (FORTE)
Antipsicotici (1° e 2° generazione)	L'uso dovrebbe essere evitato, ad eccezione di: schizofrenia, disturbo bipolare o uso a breve termine come antiemetico durante la chemioterapia (FORTE)
Z-Drugs: Zopiclone, Zolpidem, Zaleplon	L'uso dovrebbe essere evitato (FORTE)
Derivati dell'ergot	L'uso dovrebbe essere evitato (FORTE)
Androgeni	L'uso dovrebbe essere evitato a meno del trattamento di forme confermate di ipogonadismo con sintomi clinici (DEBOLE)
Estratto di tiroide secca	L'uso dovrebbe essere evitato (FORTE)
Ormone della crescita	L'uso dovrebbe essere evitato a meno che in caso di rimozione della ghiandola pituitaria (FORTE)
Insulina al bisogno	L'uso di insulina al bisogno dovrebbe essere evitato (FORTE)
Megestrol	L'uso dovrebbe essere evitato (FORTE)
Metoclopramide	L'uso dovrebbe essere evitato, a meno di gastroparesi (FORTE)
Olio minerale	L'uso dovrebbe essere evitato (FORTE)
Petidina (meperidina)	L'uso dovrebbe essere evitato, soprattutto in individui con insufficienza renale cronica (FORTE)
Pentazocina	L'uso dovrebbe essere evitato (FORTE)
Miorilassanti Ciclobenzaprina, Orfenadrina	L'uso dovrebbe essere evitato (FORTE)
Inibitori della pompa protonica	Dovrebbe essere evitato l'uso per più di 8 settimane tranne che nelle seguenti condizioni: soggetti ad alto rischio (terapia orale con corticosteroidi o uso cronico di FANS), esofagite erosiva, esofago di Barrett, ipersecrezione patologica o dimostrata necessità di terapia di mantenimento (fallimento della sospensione o inefficacia degli anti-H <sub>2</sub> ) (FORTE)
Desmopressina	Evitare nel trattamento della nicturia o della poliuria notturna (FORTE)

<b>Stesura:</b> Dot.ssa A. Barbieri – Direttore ff SC Farmaceutica territoriale – Gennaio 2019	<b>Verifica:</b> Nominativo.Struttura-Data	<b>Autorizzazione:</b> Nominativo.Struttura-Data	<b>Emisione:</b> Nominativo.Struttura-Data
--	---	---	---

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.

**Tabella 2.** Criteri di Beers 2015: lista dei farmaci potenzialmente pericolosi solo in determinate condizioni cliniche.

CONDIZIONE CLINICA	PRINCIPIO ATTIVO	RACCOMANDAZIONE
Scompenso cardiaco	FANS e cox-2 inibitori	Evitare l'uso
	Tiazolidinedioni (pioglitazone)	Evitare l'uso
	Cilostazolo	Evitare l'uso
	Dronedarone	Evitare l'uso in caso di grave o scompenso cardiaco di recente insorgenza
	Calcio antagonisti non diidropiridinici (diltiazem, verapamil)	Evitare l'uso in caso di scompenso cardiaco con ridotta frazione di eiezione
Sincope	Anticolinesterasici, Alfa-antagonisti (Doxazosina Terazosina, Prazosina), Triciclici (Clorpromazina, Olanzapina)	Evitare l'uso
Attacchi cronici di epilessia	Bupropione, Clorpromazina, Clozapina, Maprotilina, Olanzapina, Tramadolo	Evitare l'uso
Delirium	Benzodiazepine, Anti-H <sub>2</sub> , Z-drugs Anticolinergici, Corticosteroidi	Evitare l'uso
	Antipsicotici	Evitare l'uso
Demenza o decadimento cognitivo	Benzodiazepine, Anti-H <sub>2</sub> , Z-drugs, Anticolinergici	Evitare l'uso
	Antipsicotici (uso cronico o al bisogno)	Evitare l'uso
Storia di cadute o fratture	Anticonvulsivanti	L'uso dovrebbe essere evitato a meno che altre alternative più sicure non siano disponibili; evitare anticonvulsivante tranne in caso di convulsioni e di disturbi dell'umore.
	Benzodiazepine, Antipsicotici, Z-drugs, Triciclici, Inibitori Reuptake Serotonina	L'uso dovrebbe essere evitato a meno che altre alternative più sicure non siano disponibili.
	Benzodiazepine	L'uso dovrebbe essere evitato a meno che altre alternative più sicure non siano disponibili.
	Oppioidi	Gli oppioidi dovrebbero essere evitati, a esclusione della gestione del dolore dovuto a recenti fratture o negli interventi di sostituzione protesica
Insonnia	Decongestionanti orali (Pseudoefedrina Fenilefrina), Stimolanti (Amfetamina, Armodafinil, Metilfenidato, Modafinil), Teobromine (Teofillina, Caffaina)	Evitare l'uso
Morbo di Parkinson	Antipsicotici (eccetto aripipazolo, quetiapina, clozapina) Antiemetici: Metoclopramide, Proclorperazina, Prometazina	Evitare l'uso

<b>Stesura:</b> Dott.ssa A. Barbieri – Direttore ff SC Farmaceutica territoriale – Gennaio 2019	<b>Verifica:</b> Nominativo.Struttura-Data	<b>Autorizzazione:</b> Nominativo.Struttura-Data	<b>Emissione:</b> Nominativo.Struttura-Data
---	---	---	--

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>ALLEGATO</b>	Interazioni e controindicazioni (FT.DO.XXXX.00).doc
		pag4/4

Storia di ulcera gastrica o duodenale	Acido acetilsalicilico > 325 mg/die FANS non cox-2 selettivi	Evitare l'uso a meno che le altre alternative non siano efficaci e che i pazienti possano assumere gastroprotettori (inibitori di pompa protonica o misoprostolo)
Insufficienza renale cronica: stadio 4 o inferiore (clearance della creatinina < 30ml/min)	FANS (per via orale e/o parenterale)	Evitare l'uso
Incontinenza urinaria (di tutti i tipi) nella donna	Estrogeni orali e transdermici (esclusi gli estrogeni intravaginali)	Evitare l'uso, ad eccezione degli estrogeni intravaginali
	Alfa 1 antagonisti (Doxazosina, Terazosina)	Evitare l'uso
Sintomi delle vie urinarie inferiori, inizio di iperplasia prostatica benigna	Potenti anticolinergici, eccetto gli anti muscarinici per l'incontinenza urinaria	Evitare l'uso

**Tabella 3.** Criteri di Beers 2015: lista dei farmaci che devono essere utilizzati solo con estrema cautela.

PRINCIPIO ATTIVO	RACCOMANDAZIONE
Aspirina per la prevenzione primaria di eventi cardiaci	Usare con cautela in soggetti con età $\geq 80$ anni
Dabigatran	Usare con cautela in soggetti con età $\geq 75$ anni o CrCl < 30 ml/min
Prasugrel	Usare con cautela in soggetti con età $\geq 75$ anni
Antipsicotici Diuretici Carbamazepina Carboplatino Cisplatino Ciclofosfamida Mirtazapina Inibitori Reuptake Serotonina e Noradrenalina Inibitori Reuptake Serotonina Triciclici Vincristina Oxcarbazepina	Usare con cautela
Vasodilatatori	Usare con cautela

<b>Stesura:</b> Dott.ssa A. Barbieri – Direttore ff SC Farmaceutica territoriale – Gennaio 2019	<b>Verifica:</b> Nominativo.Struttura-Data	<b>Autorizzazione:</b> Nominativo.Struttura-Data	<b>Emissione:</b> Nominativo.Struttura-Data
<b>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</b>			

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PROCEDURA</b>	Ricognizione e riconciliazione farmaci (FT.PG.XXXX.00).doc
		pag1/8

## RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

	<i>Nominativo</i>	<i>Funzione</i>	<i>Data</i>	<i>Firma/evidenza di approvazione</i>
<b>Stesura</b>	Dott.ssa Antonietta Barbieri	Direttore ff SC Farmaceutica Territoriale	Gennaio 2019	
<b>Verifica</b>	Dr. Arturo Pasqualucci	Direttore Sanitario ASL VC		
	Dr. Paolo Rasmini	Direttore Dipartimento Interaziendale Materno Infantile e SC Neuropsichiatria Infantile – Coordinatore Nucleo cronicità	Gennaio 2019	
	Dott.ssa Federica Riccio	Dirigente Medico Responsabile SS Qualità - Componente Nucleo cronicità	Gennaio 2019	
	Dott.ssa Lorella Perugini	Referente Servizio Sociale Aziendale – Componente Nucleo cronicità	Gennaio 2019	
	Dott. Giuseppe Ferraris	Dirigente Medico Responsabile SS Residenzialità e Cure Domiciliari - Componente Nucleo cronicità	Gennaio 2019	
	Dott.ssa Antonella Barale	Dirigente Biologo c/o Osservatorio Epidemiologico - Componente Nucleo cronicità		
<b>Autorizzazione</b>	Dott.ssa Chiara Serpieri	Direttore Generale ASL VC		
<b>Emissione</b>	Dr. Paolo Rasmini	Direttore Dipartimento Interaziendale Materno Infantile e SC Neuropsichiatria Infantile – Coordinatore Nucleo cronicità		

<b>Data di applicazione</b>	Gennaio 2019
<b>REV.</b>	<b>00</b>

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PROCEDURA</b>	Ricognizione e riconciliazione farmaci (FT.PG.XXXX.00).doc  pag2/8
---	------------------	--

1. PREMESSA .....	3
2. SCOPO .....	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
4. DEFINIZIONI ED ACRONIMI .....	4
4.1 Definizioni .....	4
4.2 Acronimi .....	4
5. MODALITÀ OPERATIVE .....	4
5.1 Ricognizione e riconciliazione.....	4
5.1.1 Ricognizione .....	4
5.1.2 Riconciliazione.....	5
5.2 Comunicazione.....	6
6. RESPONSABILITÀ .....	7
7. MODALITÀ DI VERIFICA E INDICATORI.....	7
8. RIFERIMENTI .....	7
8.1 Normativa.....	7
8.2 Contributi di approfondimento.....	7
9. STORIA DELLE MODIFICHE .....	8

## 1. PREMESSA

---

L'invecchiamento della popolazione associato all'aumento delle patologie croniche e della specializzazione delle cure hanno comportato un incremento della complessità della terapia (politerapia) e della sua gestione. Questa complessità aumenta il rischio di eventi avversi, soprattutto quando la terapia viene modificata nelle fasi in cui si interfacciano vari professionisti (consulenze) nei diversi setting di cura (ospedale, territorio).

In tali momenti definiti di *transizione di cura* (rappresentati da passaggi del paziente tra ambiti di cura diversi ovvero ricovero in ospedale e dimissione, trasferimento tra strutture di degenza della stessa struttura o ad altra struttura sanitaria ospedaliera o extraospedaliera), prescrizioni incomplete o modifiche/sospensioni della terapia in atto possono comportare per il paziente confusione o errori di assunzione con ripercussioni importanti sulla sua salute e sicurezza.

Tutto ciò premesso, al fine di garantire che al paziente venga sempre prescritta la terapia corretta, è essenziale effettuare, nelle transizioni di cura, una revisione accurata dei medicinali fino allora assunti dal paziente e di quelli previsti per la nuova condizione clinica.

Il processo di revisione della terapia farmacologica consta di due fasi: la **ricognizione** e la **riconciliazione** che permettono, in modo chiaro e completo, di rilevare e conoscere la terapia farmacologica seguita assieme ad altre informazioni relative al paziente e consentono al medico prescrittore di valutare con attenzione se proseguirla, variarla o interromperla totalmente o parzialmente.

## 2. SCOPO

---

L'obiettivo di tale procedura è la prevenzione degli errori in terapia nei momenti di transizione in cui il paziente deve assumere farmaci, descrivendo dettagliatamente come si articola il processo di ricognizione e riconciliazione farmacologica.

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

---

La procedura deve essere applicata da tutti gli operatori sanitari dell'ASL VC, prima della prescrizione, nei setting assistenziali (ospedale, territorio) in cui si interfacciano i vari professionisti (consulenze).

Gli ambiti in cui si deve applicare sono:

- ammissione e dimissione ospedaliera nelle strutture di degenza ordinaria o di Day Hospital/Surgery;
- consulenze specialistiche nelle strutture di degenza, negli ambulatori o in Pronto Soccorso;
- trasferimento tra strutture di degenza della stessa struttura;
- trasferimento ad altra struttura sanitaria ospedaliera o extraospedaliera.

## 4. DEFINIZIONI ED ACRONIMI

---

### 4.1 Definizioni

- **Farmaci LASA:** farmaci che possono essere scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome (farmaci sosia).
- **Ricognizione:** raccolta anamnestica di informazioni, complete e accurate sul paziente e sui medicinali che assume tramite intervista strutturata, utilizzando una apposita scheda cartacea o elettronica.
- **Riconciliazione:** confronto tra la lista dei farmaci assunti dal paziente, come risultanti dalla ricognizione attuata al momento dell'ammissione, e quelli che dovrebbero essere somministrati al paziente nella particolare circostanza.

### 4.2 Acronimi

- **AIFA:** Agenzia Italiana del Farmaco.
- **LASA:** Look Alike/Sound Alike.
- **MMG:** Medico Medicina generale.
- **OTC:** Over the Counter.
- **PLS:** Pediatra Libera Scelta.
- **PTA:** Prontuario Terapeutico Aziendale.
- **SOP:** Senza Obbligo di Prescrizione.

## 5. MODALITÀ OPERATIVE

---

### 5.1 Ricognizione e riconciliazione

La procedura individua una prima fase (Ricognizione) di raccolta di dati che riguardano il paziente (eventuale assunzione di alcool, uso di droghe e abitudine al fumo) e i medicinali (etici, SOP, OTC, omeopatici, integratori e fitoterapici) ed una seconda fase (Riconciliazione) che prevede il confronto tra la terapia seguita e quella che si vuole impostare.

Le due fasi possono coincidere, se espletate contestualmente dallo stesso medico prescrittore, ovvero essere effettuate in tempi distinti da due operatori diversi. È chiaro che la Ricognizione, trattandosi di un'attività anamnestica, può essere effettuata anche da un infermiere; la Riconciliazione, trattandosi di un'attività prescrittiva, deve essere effettuata da un medico.

In ogni caso, va usata il medesimo modulo "Scheda di riconciliazione" (*FT.MO.XXXX.nn*) che deve riportare esattamente quanto riferito o esibito dal paziente o dal familiare/caregiver oppure attestato dal medico curante, relativamente alle terapie in corso.

#### 5.1.1 Ricognizione

All'atto del ricovero/trasferimento/visita ambulatoriale e comunque entro 24 ore dall'accettazione del paziente, il professionista sanitario (medico, farmacista, infermiere, ostetrica) procede alla Ricognizione Farmacologica tramite intervista strutturata al paziente o al familiare/caregiver, utilizzando la "Scheda riconciliazione" (*FT.MO.XXXX.nn*).

In casi eccezionali la ricognizione potrà essere condotta/completata successivamente, qualora le informazioni essenziali non siano immediatamente disponibili.

La ricognizione deve essere effettuata quando viene attuata una modifica della terapia in atto, come:

- prescrizione di un nuovo farmaco;
- sospensione di un farmaco;
- cambiamento del dosaggio di un farmaco;
- cambiamento nella frequenza/modalità di assunzione di un farmaco.

Le informazioni che devono essere raccolte durante la Ricognizione sono:

- a) il nome commerciale e/o del principio attivo;
- b) la forma farmaceutica;
- c) il dosaggio;
- d) la posologia giornaliera;
- e) la via di somministrazione;
- f) gli eventuali trattamenti a carattere sperimentale, compreso l'utilizzo compassionevole e di farmaci off label (in particolare l'indicazione terapeutica);
- g) l'assunzione di omeopatici, fitoterapici e integratori e ogni altro prodotto della medicina non convenzionale.

Particolare attenzione va riservata alla raccolta di informazioni inerenti i farmaci **anticoagulanti**, **antidiabetici**, a **lunga durata d'azione** o a **rilascio prolungato** (per i quali va chiesta l'ora dell'ultima dose assunta) e ad **azione immunosoppressiva**.

Altri dati anamnestici di particolare importanza per una prescrizione corretta, sono:

- a) la presenza di patologie, allergie o intolleranze conosciute;
- b) le terapie pregresse ed eventuali effetti indesiderati;
- c) l'assunzione di alimenti (dosi elevate di pompelmo, caffè, tè, frutta e verdura) che possono interferire con la terapia;
- d) i dati inerenti peso e altezza del paziente;
- e) gli stili di vita (eventuale assunzione di alcool, abitudine al fumo e uso di droghe);
- f) l'utilizzo di dispositivi medici medicati.

In fase di Ricognizione, il professionista sanitario si deve limitare ad annotare esattamente quanto riportato senza convertire il nome commerciale del prodotto in denominazione di equivalente o di principio attivo o viceversa.

In caso di dubbio su quanto riferito dal paziente o da suo caregiver, si raccomanda di prendere contatti con il curante o la struttura sanitaria che lo abbia avuto precedentemente in carico, lasciando traccia di tale attività.

Una copia deve essere consegnata alla dimissione quale documento integrante la lettera di dimissione da consegnare al MMG o al PLS.

### 5.1.2 Riconciliazione

La Riconciliazione va effettuata appena sono disponibili i dati della Ricognizione e prima della prescrizione; in alcuni casi, dettati dall'urgenza e contemplati dalla procedura, può essere espletata successivamente.

Il medico, prima di eseguire la prescrizione farmacologica, prende visione degli esiti della Ricognizione ed effettua la Riconciliazione confrontando la terapia in corso con le disposizioni (prescrizioni ex novo, modifiche) ritenute necessarie per l'attuale circostanza clinica.

In particolare, il medico selezionerà con una X la casella corrispondente nella "Scheda riconciliazione" (FT.MO.XXXX.nn):

- **CONTINUARE**, se intende confermare il farmaco, la posologia e la via di somministrazione;
- **INTERROMPERE**, se intende sospendere l'assunzione del medicinale;
- **MODIFICARE**, se intende modificare posologia e via di somministrazione;
- **NUOVO**, se la circostanza attuale richiede la prescrizione di un nuovo farmaco.

Il medico seleziona l'opzione INTERROMPERE anche nei casi in cui sostituisce il farmaco assunto dal paziente con un farmaco della stessa famiglia disponibile in PTA. In questo caso, il farmaco prescritto è una nuova prescrizione sul Foglio Unico di Terapia e non una modifica. Sarà riportato sulla "Scheda di riconciliazione" (FT.MO.XXXX.nn) al momento della dimissione.

Durante questa fase vengono individuate le possibili incongruenze ossia sovrapposizioni, omissioni, interazioni (FT.DO.XXXX.nn), controindicazioni soprattutto negli over 65 (FT.DO.XXXX.nn), incompatibilità, confondimento da farmaci LASA (Farmaci LASA.pdf).

Vengono anche presi in considerazione gli elementi di contesto, come le note AIFA, i protocolli/procedure aziendali sulla gestione dei farmaci, il PTA.

In questa fase va, infine, verificata la possibilità di ridurre il numero di farmaci assunti dal paziente, compatibilmente con le valutazioni cliniche e assistenziali, in considerazione dei rischi correlati all'assunzione di più farmaci (es. rischio cadute).

## 5.2 Comunicazione

Il medico deve informare il paziente (o nei casi già descritti, i familiari/caregiver) delle modifiche apportate al trattamento terapeutico fornendone la motivazione, accertandosi, per quanto possibile, della effettiva comprensione di quanto detto e consigliando al momento della dimissione, di porre attenzione alle confezioni di medicinali utilizzate prima del ricovero e sospese con la nuova terapia prescritta in ospedale al fine di evitare assunzioni improprie.

Al momento della dimissione, il medico deve riportare l'elenco aggiornato dei farmaci somministrati in ospedale con indicazione se debbano essere proseguiti, consegnando al paziente una copia della *Scheda di riconciliazione*" (FT.MO.XXXX.nn) come allegato alla lettera.

Al momento del trasferimento o della dimissione viene effettuata sempre una revisione della *Scheda di riconciliazione*" (FT.MO.XXXX.nn) precedentemente compilata e delle prescrizioni farmacologiche redatte dal medico entro le 24 ore precedenti.

## 6. RESPONSABILITÀ

<i>Funzione responsabile</i>	<i>Attività</i>
Direttore della struttura di degenza/ambulatorio	Diffondere la procedura nell'ambito di competenza Vigilare sulla corretta applicazione di quanto rilevato Eseguire audit in caso di eventi avversi
Dirigente Medico della struttura di degenza/ambulatorio	Eseguire la ricognizione farmacologica Eseguire la riconciliazione terapeutica Prescrivere la terapia Documentare e tracciare la riconciliazione
Coordinatore (infermieristico/ostetrico) della struttura di degenza/ambulatorio	Diffondere la procedura nell'ambito di competenza Vigilare sulla corretta applicazione di quanto rilevato Eseguire audit in caso di eventi avversi
Infermiere/Ostetrica della struttura di degenza/ambulatorio	Eseguire la ricognizione farmacologica

## 7. MODALITÀ DI VERIFICA E INDICATORI

<b>Nome dell'indicatore</b>	<b>Formula</b>	<b>Atteso</b>	<b>Riferimento normativo/bibliografico</b>	<b>Rilevatore</b>
Implementazione delle fasi	(N. schede di riconciliazione/N. totale dimissioni/consulenze)*100	100%	Vd. Paragrafo 8	Struttura degenza/ambulatorio
Segnalazione eventi avversi da interazioni	(N. eventi avversi da interazioni/N. totale segnalazioni della struttura/ambulatorio)*100	100%	Vd. Paragrafo 8	Struttura degenza/ambulatorio

## 8. RIFERIMENTI

### 8.1 Normativa

- Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra Governo, le Regioni e le Province autonome sul Documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010 – 2012 (Rep. 259 del 20 dicembre 2012).
- Raccomandazione n. 17 - Riconciliazione della terapia farmacologica, dicembre 2014.
- Regione Emilia Romagna. Raccomandazione regionale per la Sicurezza nella terapia farmacologica n. 1. Marzo 2010.

### 8.2 Contributi di approfondimento

- AIFA. DOCUMENTO PROGRAMMATICO AIFA. Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Farmacisti. Roma, 2018.
- American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2015.
- Carr S. Medication Reconciliation: a Survey of Community Pharmacies and Emergency Departments. Patient Safety & Quality Healthcare. May/June 2010.

- Greenwald JL et al. “Making Inpatient Medication Reconciliation Patient Centered, Clinically Relevant, and Implementable: A Consensus Statement on Key Principles and Necessary First Steps”. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, November 2010 Volume 36, Number 11.
- Hummel J, Evans PC, Lee H. Medication reconciliation in the emergency department: opportunities for workflow redesign” Qual. Saf. Health Care 2010;19:531-535.
- Karnon J1, Campbell F, Czoski-Murray C. Model-based cost-effectiveness analysis of interventions aimed at preventing medication error at hospital admission (medicines reconciliation). J Eval Clin Pract. 2009 Apr;15(2):299-306.
- Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. Ann Intern Med. 2013;158:397-403.
- Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-Based Medication Reconciliation Practices. A Systematic Review. Arch Intern Med. 2012;172(14):1057-69 9.
- Pasina L, Astuto S, Nobili A. La valutazione dell’appropriatezza prescrittiva nell’anziano: pubblicati i nuovi criteri di Beers. Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione 2016; 8 (1): 5-15.
- The Joint Commission e WHO. Assuring medication accuracy at transitions in care. Patient safety solution, Vol.1, solution 6, May 2007.

## 9. STORIA DELLE MODIFICHE

REV	Data	Descrizione delle modifiche
00	Gennaio 2019	Prima emissione



 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PERCORSO ASSISTENZIALE</b>	PDTA autismo (NPI.PE.2098.00)

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DEL  
PAZIENTE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO**

	<i>Nominativo</i>	<i>Funzione</i>	<i>Data</i>	<i>Firma</i>
<b>Stesura</b>	Dr. Paolo Rasmini	Direttore SC Neuropsichiatria Infantile e Coordinatore del Gruppo di Lavoro	15.03.2016	<i>Firmato in originale</i>
<b>Verifica</b>	Prof. Gianni Bona	Direttore Dip. Interaziendale Materno-Infantile	Settembre 2017	<i>Firmato in originale</i>
	Dr.sa Francesca Gallone	Direttore di Distretto	Settembre 2017	<i>Firmato in originale</i>
	Dr.ssa Sara Marchisio	Dirigente Responsabile SC Qualità e appropriatezza prescrittiva	9.07.2017	<i>Firmato in originale</i>
<b>Autorizzazione</b>	Dr. Arturo Pasqualucci	Direttore Sanitario ASL VC	Settembre 2017	<i>Firmato in originale</i>
<b>Emissione</b>	Dr. Paolo Rasmini	Direttore SC Neuropsichiatria Infantile	Settembre 2017	<i>Firmato in originale</i>

<b>Data di applicazione</b>	01/09/17
<b>REV.</b>	00

 <p><b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli</p>	<p><b>PERCORSO ASSISTENZIALE</b></p>	<p>PDTA autismo (NPI.PE.2098.00)</p>
--	--------------------------------------	--

## 1. RAZIONALE DEL PDTA

I disturbi dello spettro autistico sono disturbi cronici dello sviluppo del sistema nervoso centrale ad esordio precoce che determinano una disabilità complessa che coinvolge l'ambito sociale, comunicativo e comportamentale. Le caratteristiche del deficit sensoriale e cognitivo, come la sintomatologia clinica, sono eterogenee in termini di complessità e gravità e possono presentare espressioni variabili nel tempo. Con la Raccomandazione regionale "Programma di Governo clinico sull'Autismo e i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo della Regione Piemonte", inviato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie in data 20/4/2009, si è avviato un processo utile a dare massima priorità alla diagnosi precoce ed agli interventi abilitativi tempestivi, intensivi e strutturati che modulino gli approcci psicoeducativi alle esigenze individuali e che siano basati su metodologie scientificamente validate con la collaborazione della scuola e della famiglia, come previsto da tutte le linee guida internazionali sull'autismo. Con la D.G.R. n. 22-7178 del 03.03.2014 vengono individuati in ogni ASR uno o più nuclei di operatori formati definiti "Nucleo DPS (Disturbi Pervasivi di Sviluppo)". Il coordinamento del Nucleo è affidato al Neuropsichiatra Infantile, con competenza specifica nell'autismo, del servizio sanitario territoriale di riferimento del minore, mentre tutti gli operatori sono assegnati funzionalmente e stabilmente al Nucleo in relazione all'attività svolta.

Il Percorso Assistenziale fa riferimento inoltre alle indicazioni contenute negli allegati della D.G.R. n.2-4286 del 29 Novembre 2016: "DGR n.26-1653 del 29.6.2015" Intervento regionale a sostegno della cura dei pazienti cronici con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico."

L'ASL di Vercelli da tempo ha elaborato modelli territoriali integrati di presa in carico, nel quadro della collaborazione tra le Strutture di NPI e di Psicologia per l'età evolutiva per tutte le patologie e disabilità di sviluppo.

Il percorso descritto nel presente documento costituisce un aggiornamento di tali metodologie.

## 2. PROFESSIONISTI COINVOLTI

### 2.1 Il promotore

Sono copromotori il Direttore della Struttura Complessa NPI dell'ASL di Vercelli e il Responsabile della Struttura Semplice Qualità.

### 2.2 Il committente

Il committente è la Direzione Generale Aziendale in ottemperanza alle indicazioni della Direzione Sanità della Regione Piemonte (D.G.R. n. 2-4286 del 29.11.2016, che approva le Raccomandazioni per i Disturbi dello Spettro Autistico per l'Età Evolutiva).

### 2.3 Il gruppo di lavoro

Alla stesura del presente documento hanno collaborato i dirigenti medici dei due Nuclei D.P.S.:

- Dott. Paolo RASMINI, Neuropsichiatra Infantile
- Dott.ssa IMPASTATO Maria, Neuropsichiatra Infantile
- Dott.ssa FILIPPA Adriana, Neuropsichiatra Infantile
- Dott.ssa COLOMBO Renata Referente Pediatri Libera Scelta
- Dott.ssa COLOMBARI Patrizia, Psicologa

 <p><b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli</p>	<p><b>PERCORSO ASSISTENZIALE</b></p>	<p>PDTA autismo (NPI.PE.2098.00)</p>
--	--------------------------------------	--

- Logopedista: MASSERONI Chiara (Vercelli/Santhesia'), FILA ROBATTINO Anna Rosa (Varallo/Gattinara)
- Neuropsicomotricista: MACELLONI Bettina (Vercelli/Santhesia'), MURÈ Agnese (Varallo/Gattinara)

## 2.4 Coordinamento del gruppo di lavoro

Il coordinatore del Gruppo di Lavoro è il Dr. Paolo Rasmini, Direttore della SC NPI.

## 3. METODOLOGIA DI LAVORO

La realizzazione del presente documento recepisce le raccomandazioni regionali contenute nel "Programma di Governo Clinico sul' Autismo e i Disturbi Pervasivi di Sviluppo della Regione Piemonte" (20.04.2009). Alla luce dell'accordo stato regioni del 22.11.2012 "Linee di Indirizzo per la Promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo nel rispetto dei vigenti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); accordo recepito dalla D.G.R. n. 22-7178 del 03.03.2014.

Il documento fa inoltre riferimento alle Linee Guida per "Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti" dell'Istituto Superiore di Sanità (aggiornamento ottobre 2015) ed alle Linee Guida SINPIA.

Per l'elaborazione del percorso è stato organizzato dalla struttura SC Neuropsichiatria Infantile un gruppo di lavoro, che ha sviluppato le seguenti fasi:

- analisi del percorso ideale (acquisizione letteratura di riferimento e linee guida/raccomandazioni prodotte da società scientifiche);
- revisione del percorso attuale e degli scostamenti rispetto all'ideale (evidenza delle criticità locali e strategie di superamento);
- revisione delle procedure e dei protocolli attinenti al percorso;
- condivisione degli indicatori clinici e organizzativi;
- prima stesura del percorso.

La struttura Qualità ha curato la stesura definitiva del presente documento.

## 4. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti i minori affetti da "Disturbi dello Spettro Autistico", nelle sue diverse forme, appartenenti al territorio dell'ASL VC, oggetto di presa in carico da parte del "Nucleo DPS (Disturbi Pervasivi dello Sviluppo)", secondo le aree territoriali di afferenza, le fasce di età, nonché suddivisi nei principali raggruppamenti diagnostici (secondo i Codici ICD-10 e DSM 5).

Il Nucleo DPS istituito con specifico provvedimento in ogni ASR, è composto da tutti gli operatori di riferimento, per ambito territoriale, per la presa in carico di minori con autismo (neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista, terapeuta neuropsicomotricità, educatore) secondo il principio dell'integrazione multi-professionale (e del superamento del criterio della consulenza) e concorre alla formulazione della diagnosi, alla presa in carico ed alla definizione del progetto personalizzato di trattamento.

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PERCORSO ASSISTENZIALE</b>	PDTA autismo (NPI.PE.2098.00)
---	-------------------------------	----------------------------------

Ogni Nucleo individua al suo interno un operatore per ogni paziente con funzioni di case manager che deve coordinare il percorso attivato in accordo con i familiari e garantire un intervento di rete monitorato e verificato nel tempo, anche dopo l'età scolare.

## 5. DEFINIZIONI ED ACRONIMI

- **CHAT** (Checklist for Autism in Toddlers)
- **M-CHAT:** (Modified Checklist for Autism Toddlers)
- **Q-CHAT:** Quantitative CHecklist for Autism in Toddlers
- **DPS:** Disturbi pervasivi dello Sviluppo è equivalente a **ASD:** Disturbi dello Spettro dell'Autismo (DSM V) ed a **DGS:** Disturbi Generalizzati di Sviluppo (ICD-10): secondo le principali classificazioni internazionali. Fanno parte di queste: una forma "tipica" di "Autismo Infantile" (ICD-10: F84.0), ed altre varianti con diverse caratteristiche di gravità e prognosi (ICD-10: F84.1-2-3-4-8-9), ed una forma più benigna *quoad valetudinem*, la cosiddetta "Sindrome di Asperger" (F84.5).
- **ICF:** "Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità"
- **Nucleo DPS:** è composto da tutti gli operatori di riferimento, per ambito territoriale, per la presa in carico di minori con autismo (neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista, terapeuta neuropsicomotricità, educatore) secondo il principio dell'integrazione multi-professionale (e del superamento del criterio della consulenza) e concorre alla formulazione della diagnosi, alla presa in carico ed alla definizione del progetto personalizzato di trattamento. Sono presenti nelle sedi operative della S.C. NPI dell'ASL Vercelli/Santhià e Varallo/Gattinara (D.D.G. n. 01018 del 19 Novembre 2014).
- **NPI:** Medico Neuropsichiatra Infantile.
- **TNPEE:** Tecnico della Neuropsicomotricità dell'Età Evolutiva.
- **PEI:** Piano Educativo Individualizzato.
- **PGCR:** Programma di Governo Clinico Regionale.
- **UMVD:** Unità Multidisciplinare Valutazione Disabilità minori (già UVH).
- **DSM:** Dipartimento di Salute Mentale
- **ASR:** Azienda Sanitaria Regionale

## 6. CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE DEI PAZIENTI

### 6.1 Criteri di Inclusione

Vanno considerati bambini a rischio, e quindi inclusi nel Percorso tramite invio alla I visita NPI, i soggetti di età <18 anni che presentano almeno 3 dei seguenti fattori di rischio (Filipek P.A 1999):

- nessuna lallazione entro 12 mesi;
- nessuna gestualità (indicare, muovere la mano, salutare, ecc.) entro i 12 mesi;
- nessuna parola entro 16 mesi;
- nessuna frase spontanea (non ecolalia) di due parole entro 24 mesi di età;
- qualunque perdita di qualsiasi abilità linguistica o sociale a qualunque età;
- assenza o ridotto contatto oculare;
- assenza dell'indicazione per chiedere o condividere;
- ridotta o assente risposta a al nome;
- scarsa reciprocità sociale.

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PERCORSO ASSISTENZIALE</b>	PDTA autismo (NPI.PE.2098.00)
---	-------------------------------	----------------------------------

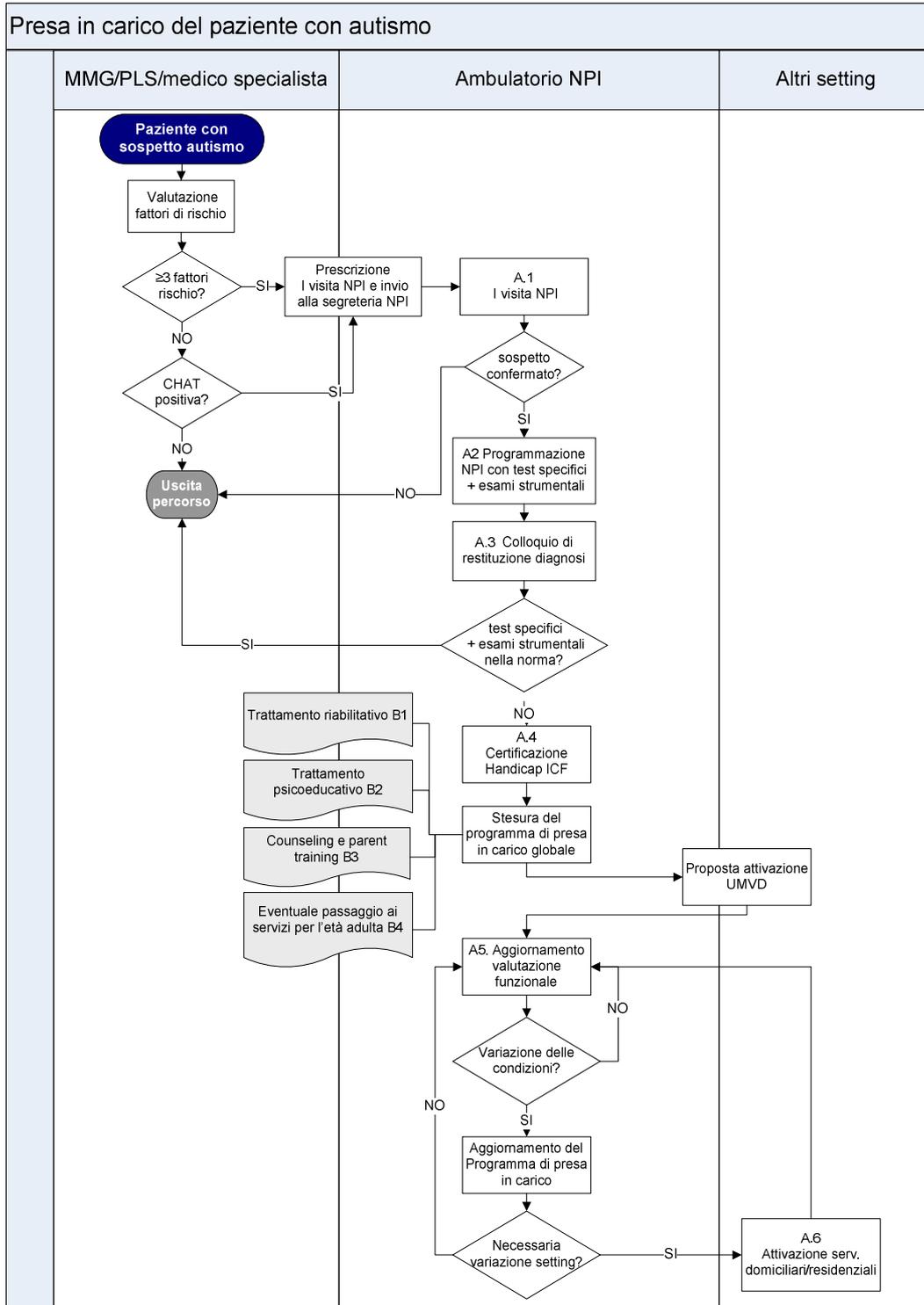
Sono inoltre considerati soggetti a rischio e inclusi nel percorso i bambini che risultano positivi alle Scale CHAT, M-Chat o Q-Chat.

## 6.2 Criteri di esclusione

Sono esclusi dal percorso tutti i pazienti per i quali non siano presenti 3 fattori di rischio sopra elencati alla prima visita NPI e che risultano negativi alle Scale CHAT, M-Chat o Q-Chat.



**7. RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEL PDTA AZIENDALE**



## 8. MATRICE DELLE ATTIVITÀ

Vengono di seguito dettagliate in modo sequenziale le fasi del percorso già raffigurate più sinteticamente nel diagramma di flusso. Nella matrice sono specificate, in particolare:

- le figure responsabili per ciascuna attività;
- le azioni specifiche a cui attenersi per l'espletamento delle attività;
- i documenti di registrazione (cartella clinica ambulatoriale, Profilo Dinamico Funzionale della Persona con disabilità, modello "Diagnosi Clinica e Percorso di Presa in Carico" -allegato 1/2 DGR n.22-7178, marzo 2014- ecc.) o prescrittivi (impegnativa interna, eventuali prescrizione accertamenti clinici/strumentali, ecc.) utilizzati per attuare le azioni descritte.

Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
A1	Visita specialistica NPI	<p><b>Perché:</b> valutare il paziente con sospetto autismo.</p> <p><b>Come:</b> impegnativa esterna (PLS-MMG)</p> <p><b>Quando:</b> il paziente viene inviato dal MMG, PLS, dallo specialista.</p> <p><b>Chi:</b> Neuropsichiatra Infantile</p>	<p>La visita medica, entro 30 giorni dalla richiesta per "sospetto autismo" è costituita da: Anamnesi, Colloquio Genitori, Esame Obiettivo/Visita Neurologica, Osservazione.</p> <p>In particolare deve verificare la presenza di almeno tre fattori di rischio tra i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nessuna lallazione entro 12 mesi di età</li> <li>▪ nessuna gestualità (indicare, muovere la mano, salutare, ecc.) entro i 12 mesi di età</li> <li>▪ nessuna parola entro 16 mesi di età</li> <li>▪ nessuna frase spontanea (non ecolalia) di due parole entro 24 mesi di età</li> <li>▪ qualunque perdita di qualsiasi abilità linguistica o sociale a qualunque età</li> <li>▪ assenza o ridotto contatto oculare, assenza dell'indicazione per chiedere o condividere,</li> <li>▪ ridotta o assente risposta a al nome e scarsa reciprocità sociale</li> </ul> <p><b>oppure</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bambini che risultano positivi alle Scale CHAT, M-Chat o Q-Chat).</li> </ul>	<p>Ricetta dematerializzata Cartella clinica ambulatoriale</p>
A2	Valutazione neuropsicologica con tests specifici	<p><b>Perché:</b> formulare la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico.</p> <p><b>Come:</b> impegnativa, su prenotazione.</p> <p><b>Quando:</b> in caso di sospetto autismo</p> <p><b>Chi:</b> NPI/Psicologo/TNPEE</p>	<p>Lo specialista NPI nel caso in cui si confermi il Disturbo dello Spettro Autistico per le manifestazioni cliniche presentate dal paziente programma la valutazione neuropsicologica tramite test specifici tra quelli sottoelencati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CARS/GARS</li> <li>▪ VINELAND</li> <li>▪ ADOS-2</li> <li>▪ VALUTAZIONE PSICOMOTORIA</li> <li>▪ VALUTAZIONE COGNITIVA (se possibile)</li> </ul> <p>Sulla scorta della valutazione clinica vengono prescritti gli esami diagnostico strumentali per formulare una diagnosi etiologica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RMN encefalo</li> <li>▪ valutazione audiometrica comportamentale</li> <li>▪ screening metabolico (aa plasmatici, acidi organici urinari)</li> <li>▪ test genetico (CGH-ARRAY / X-FRAGILE)</li> </ul>	<p>Ricetta dematerializzata per valutazione psicomotoria Referti degli esami diagnostici Cartella clinica ambulatoriale Ricetta dematerializzata per esecuzione test genetici (effettuati c/o Ospedale Vercelli)</p>

Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
A3	Colloquio di restituzione ai genitori con proposta terapeutica/riabilitativa	<b>Perché:</b> indirizzare il paziente verso il percorso Terapeutico/Riabilitativo più appropriato <b>Come:</b> impegnativa interna. <b>Quando:</b> in caso di conferma diagnostica di DPS oppure di altro disturbo che richieda tale intervento <b>Chi:</b> NPI	Lo specialista NPI consegna la relazione scritta contenente diagnosi e programma di percorso presa in carico globale (allegato 1-2)	Relazione NPI Ricetta dematerializzata
A4	Certificazioni Handicap ICF	<b>Perché:</b> individuare il paziente come portatore di handicap (Legge 104/92), favorire l'integrazione scolastica mediante "Profilo di Funzionamento" secondo ICF <b>Come:</b> mediante certificazione/relazione <b>Quando:</b> dopo fase A3 e consenso dei genitori/tutori. <b>Chi:</b> NPI	Produrre certificato introduttivo on-line per commissione legge 104/92 (INPS) Consegna alla famiglia del certificato introduttivo per avviare pratiche visita commissione INPS. Compilare documento secondo ICF per l'integrazione scolastica (v. allegato 3)	Attestato di trasmissione certificazione INPS Cartella clinica
A5	Aggiornamento Valutazione funzionale	<b>Perché:</b> necessità di follow-up e verifica efficacia trattamenti. <b>Come:</b> utilizzo di PEP-3, TTAP, Metodo Portage, Valutazione Neuropsicomotoria, Valutazione Logopedica, Valutazione Educativa <b>Quando:</b> dopo la diagnosi ed ai passaggi di grado scolastico ed al momento del passaggio all'età adulta <b>Chi:</b> NPI/ Psicologo/Neuropsicomotricista/ Educatore	Lo specialista NPI prescrive la valutazione funzionale tramite ricetta dematerializzata (da 94.01 a 94.08)	Ricetta dematerializzata
A6	Attivazione servizi domiciliari/residenziali	<b>Perché:</b> l'attivazione dei servizi domiciliari/residenziali viene indicata dalla "valutazione congiunta sociale/sanitaria" (vedi allegato) effettuata dai referenti assegnati in UMVD, dopo richiesta della famiglia <b>Come:</b> compilazione della "richiesta UMVD" da parte della famiglia tramite specialista/SUSS <b>Quando:</b> in sede UMVD successiva alla compilazione della richiesta da parte della famiglia <b>Chi:</b> UMVD	Percorso attivazione servizi domiciliari/residenziali: 1) compilazione richiesta attivazione UMVD da parte della famiglia 2) assegnazione del referente sanitario e sociale da parte di UMVD (lettera di assegnazione) 3) compilazione "scheda di valutazione congiunta sociale/sanitaria" 4) stesura del "progetto individualizzato" (v. allegato 3) ed approvazione da parte della famiglia approvazione in sede di UMVD	<ul style="list-style-type: none"> <li>⤴ richiesta di attivazione UMVD modulo di assegnazione referente sanitario (allegato 4)</li> <li>⤴ "scheda di valutazione congiunta sociale/sanitaria" (allegato 5)</li> <li>⤴ Progetto individualizzato (allegato 6)</li> </ul>
B1	Trattamento riabilitativo	<b>Perché:</b> indicato nei casi con diagnosi con DPS <b>Come:</b> impegnativa interna <b>Quando:</b> dopo diagnosi <b>Chi:</b> TNPEE, Logopedista	Il trattamento riabilitativo eseguito presso la SC NPI prevede: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cicli di trattamento Neuropsicomotorio</li> <li>▪ Cicli di Trattamento Logopedico</li> </ul>	Ricetta dematerializzata
B2	Intervento psicoeducativo	<b>Perché:</b> al fine dell'elaborazione del piano educativo individualizzato (vd Lg ISS) <b>Come:</b> ricetta dematerializzata <b>Quando:</b> dopo la diagnosi <b>Chi:</b> Educatore Professionale Formato/Psicologo	L'intervento Psicoeducativo viene eseguito presso la SC NPI oppure presso il domicilio o in ambito scolastico dall'Educatore professionale e Psicologo.	Ricetta dematerializzata
B3	Counseling e Parent Training	<b>Perché:</b> l'intervento educativo deve essere generalizzato attraverso le figure coinvolte nella vita quotidiana (genitori/insegnanti e altre figure educative)	Counseling è fornito da NPI/Psicologo/Educatore, mediante incontri individuali o di gruppo.	Ricetta dematerializzata

Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
		<b>Come:</b> attraverso 2/3 incontri <b>Quando:</b> dopo la diagnosi <b>Chi:</b> educatore/psicologo/NPI		
B4	Passaggio ai Servizi per l'Età Adulta	<b>Perché:</b> al compimento del 18° anno di età il paziente deve essere preso in carico dai servizi per gli adulti <b>Come:</b> invio a DSM tramite impegnativa medico curante <b>Quando:</b> => 18 anni di età <b>Chi:</b> Medico Curante		Impegnativa Medico Curante

## 9. VALUTAZIONE DEL PROFILO

---

Per valutare l'efficacia e l'efficienza del profilo verranno monitorati nel corso degli anni 2017 e 2018 i seguenti indicatori.

Nome dell'indicatore	Formula	Atteso	Riferimento normativo/bibliografico	Struttura
Carico di pazienti nella popolazione residente	(Pazienti con disturbi dello spettro autistico monitorati in base ai dati del database SMAIL/tot. residenti ASL VC <18)*100	1%	<i>Centers for Disease Control and Prevention (CDC) USA</i>	SC Neuropsichiatria Infantile
Diagnosi precoce	(N. di pazienti diagnosticati entro il terzo anno di età/tot. nuove diagnosi)*100	≥80%	<i>Ad hoc</i>	SC Neuropsichiatria Infantile
Appropriatezza della valutazione clinica	(N. di pazienti con nuova diagnosi per i quali è stata compilata almeno una delle scale standardizzate raccomandate/totale delle nuove diagnosi)*100	100%	<i>Ad hoc</i>	SC Neuropsichiatria Infantile
Tempestività diagnostica	% pazienti con tempo che intercorre tra la prima visita e la diagnosi < 120 giorni	100%	<i>D.G.R. n2-4286 29 Novembre 2016</i>	SC Neuropsichiatria Infantile

## 10. MODALITÀ DI DIFFUSIONE INTERNA ED ESTERNA

---

Una volta approvato dal gruppo multidisciplinare, il percorso sarà recepito dalla Direzione Generale, e pubblicato sulla intranet aziendale a cura della struttura Qualità e appropriatezza prescrittiva, che ne dà comunicazione ai Direttori delle strutture complesse interessate e ai Direttori di Distretto.

I Direttori di struttura complessa provvederanno alla diffusione del percorso a tutti gli operatori afferenti alla propria struttura, mentre i Direttori di Distretto lo diffonderanno ai MMG/PLS.

## 11. GOVERNO E MANUTENZIONE DEL PROFILO

---

Il Responsabile della SC Neuropsichiatria Infantile assume il governo del profilo con un riesame annuale.

Il Responsabile della SC Neuropsichiatria Infantile verifica l'attuazione del percorso attraverso il monitoraggio degli indicatori identificati nel § 9. Dopo una prima verifica ed un primo riesame il percorso verrà validato con riesami annuali, attraverso l'analisi degli indicatori o l'evoluzione delle linee guida di riferimento, e, se sarà necessario, si porteranno le opportune modifiche.

## 12. LIVELLO DI IMPLEMENTAZIONE

---

Il percorso, appena approvato, sarà applicato con decorrenza immediata.

## 13. RIFERIMENTI

- Determinazione Dirigenziale n. 504 del 23 maggio 2014 avente per oggetto: "Definizione del percorso diagnostico e del programma di trattamento per minori con Disturbo dello Sviluppo in applicazione della DGR n.22-7178 del 03.03.2014.
- "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, con particolare riferimento ai disturbi dello Spettro Autistico". Modalità di attuazione. Azione 14.4.6 di cui alla DGR 25-6992 del 30.12.2013. Deliberazione della Giunta Regionale 3 Marzo 2014, n. 22-7178.
- Charles JM, Carpenter LA, Jenner W, Nicholas JS. Recent advances in autism spectrum disorders. *Int J Psychiatry Med.* 2008; 38: 133-140.

- Daniels JL, Forssen U, Hultman CM, Cnattingius S, Savitz DA, Feychting M, Sparen P. Parental psychiatric disorders associated with autism spectrum disorders in the offspring. *Pediatrics*, 2008;121
- Kumbier E, Haack K, Herpertz SC. Autism: exploring historical psychiatric and psychological concepts. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2008; 76:484-90.
- Williams E, Thomas K, Sidebotham H, Emond A. Prevalence and characteristics of autistic spectrum disorders in the ALSPAC cohort. *Dev Med Child Neurol*. 2008; 50:672-677.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 01018 del 19 Novembre 2014, Oggetto: Individuazione “Nucleo D.P.S.” (Disturbi Pervasivi dello Sviluppo).
- [www.snlg-iss.it/cms/files/LG\\_autismo\\_def.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_autismo_def.pdf)
- <http://www.sinpia.eu/lineeguida/index/get/last>:“Linee guida per l’autismo raccomandazioni tecniche-operative per i servizi di neuropsichiatria dell’eta’ evolutiva”
- <https://www.nice.org.uk/>
- D.G.R. n.2-4286 del 29 Novembre 2016: “DGR n.26-1653 del 29.6.2015” Intervento regionale a sostegno della cura dei pazienti cronici con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico.”
- Filipek P.A., Accardo P.J., Baranek G.T., Cook E.H.Jr, Dawson G., et al., “The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders”. *J Autism Dev Disord.*, 1999 Dec; 29 (6):439-84.

#### 14. STORIA DELLE MODIFICHE

REV	Data	Descrizione delle modifiche
00	01/04/17	Prima emissione

NUCLEO DPS ASL .....

**DIAGNOSI CLINICA E VALUTAZIONE FUNZIONALE**

**Dati anagrafici**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

ASL residenza \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Tel. Cellulare \_\_\_\_\_

Genitore/i o tutore \_\_\_\_\_

Pediatra Libera Scelta / MMG \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI CLINICA A CURA DELL' AZIENDA SANITARIA** \_\_\_\_\_

**SOSPETTO DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO IN ACCERTAMENTO (codici R ICD10)**

**DIAGNOSI ICD10 OMS**

F84.0  F84.1  F84.2  F84.3  F84.4  F84.5  F84.8  F84.9

ALTRE ( COMORBIDITÀ) \_\_\_\_\_

**LIVELLO INTELLETTIVO**

F70  F71  F72  F73  F78  F79  LIVELLO LIMITE  INTELLIGENZA NELLA NORMA

**PATOLOGIE ORGANICHE**

G40 (EPILESSIA)  SINDROME GENETICA \_\_\_\_\_  ALTRO \_\_\_\_\_

**TEST O SCALA DI VALUTAZIONE DEL COMPORTAMENTO AUTISTICO**

ADOS  ADI/R  CARS  ABC  GARS  ECA  GADS  KADI

LA DIAGNOSI ICD10 F84 È INDISPENSABILE PER ATTIVARE IL PERCORSO AUTISMO (DIAGNOSI FUNZIONALE E TRATTAMENTO).

LA DIAGNOSI IN ACCERTAMENTO ATTIVA SOLO UN TRATTAMENTO TRIMESTRALE

È NECESSARIO L'USO DI SCALE DI VALUTAZIONE STANDARDIZZATE A SUPPORTO DELLA DIAGNOSI

Luogo e data \_\_\_\_\_ timbro e firma \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE FUNZIONALE a cura di (Azienda Sanitaria o altro soggetto: specificare)**

**TEST O SCALA DI VALUTAZIONE STANDARDIZZATA**

PEP/R- PEP3  AAPEP – TTAP  EF  VINELAND  ALTRO \_\_\_\_\_

**AREE PRIORITARIE D'INTERVENTO**  INTERAZIONE SOCIALE  COMUNICAZIONE  AUTONOMIE

Luogo e data \_\_\_\_\_ timbro e firma OPERATORE NUCLEO DPS \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ timbro e firma OPERATORE NUCLEO DPS \_\_\_\_\_



**PROGRAMMA DI PERCORSO PRESA IN CARICO GLOBALE (sanitaria, sociale, educativa)**

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Età  0-6 anni  > 6 anni

Residenza \_\_\_\_\_ ASL residenza \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Telefono fisso \_\_\_\_\_ Tel. Cellulare \_\_\_\_\_

Genitore/i o tutore \_\_\_\_\_

Handicap  handicap in stato di gravità  assegno di frequenza  accompagnamento

CASE MANAGER \_\_\_\_\_

**PROGRAMMA DI PERCORSO GLOBALE a cura dell'operatore Case Manager**

Ciclo di trattamento trimestrale (diagnosi di attesa – Codici R ICD10) VERIFICA PREVISTA IL \_\_\_\_\_

**DURATA PROGETTO:**  trimestrale  semestrale  annuale VERIFICA PREVISTA IL \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA INTERVENTO	ORE SETTIMANALI	SOGGETTO EROGANTE
<input type="checkbox"/> Intervento psicomotorio	_____	_____
<input type="checkbox"/> Intervento logopedico	_____	_____
<input type="checkbox"/> Intervento educativo	_____	_____
<input type="checkbox"/> Insegnante di sostegno	_____	_____
<input type="checkbox"/> Assistente per le autonomie	_____	_____
<input type="checkbox"/> Consulenza alla scuola	_____	_____
<input type="checkbox"/> Parent training	_____	_____
<input type="checkbox"/> altri eventuali interventi di supporto alla famiglia _____		

LA PROPOSTA DI TRATTAMENTO DEVE SEMPRE PREVEDERE CONSULENZE ALLA SCUOLA E PARENT TRAINING

LE METODICHE DI TRATTAMENTO DEVONO FARE RIFERIMENTO ALLE LINEE GUIDA

**METODICHE APPLICATE DAGLI OPERATORI-INSEGNANTI**

Interventi comportamentali (compreso ABA)  Interventi comportamentali (Psicoeducativo-TEACCH)

Trattamenti evolutivi (Denver, DIR, AERC)  Altri:  T.E.D.  CAA o PECS  \_\_\_\_\_

I TRATTAMENTI SANITARI ED EDUCATIVI CHE PREVEDONO UN IMPEGNO DI SPESA A CARICO DEL SERVIZIO PUBBLICO, EFFETTUATI PRESSO ENTI PRIVATI CONVENZIONATI DEVONO ESSERE AUTORIZZATI SECONDO LE MODALITÀ PREVISTE DALL'ASL E DAGLI ENTI GESTORI DELLE FUNZIONI SOCIO ASSISTENZIALI DI RESIDENZA DEL PAZIENTE, COMPATIBILMENTE CON LE RISORSE DISPONIBILI.

Firma genitore/tutore per presa visione \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ timbro e firma CASE MANAGER \_\_\_\_\_

DATA DI VERIFICA DEL PROGETTO \_\_\_\_\_

**PROFILO DI FUNZIONAMENTO DELLA PERSONA CON DISABILITÀ  
SECONDO ICF**

COGNOME E NOME:  
 DATA E LUOGO DI NASCITA:  
 RESIDENZA:  
 CLASSE E SCUOLA:

REFERENTI DEL CASO: (NPI)

Diagnosi:

**DIAGNOSI SINDROMICA**

SINDROMI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
PREVALENTE															
ASSOCIATA 1															
ASSOCIATA2															

CATEGORIE SINDROMICHE	CODICI ICD - 10	CATEGORIE SINDROMICHE	CODICI ICD - 10
1- Disturbi generalizzati di sviluppo – Psicosi		9- Pluriminorazioni	
2- Disturbi comportamento		10- Patologie cromosomiche e genetiche	
3- Disturbi emotivo relazionali		11- Patologia motoria	
4- Ritardo mentale		12- Disturbi prattognosici	
5- Disturbi specifici di apprendimento		13- Altro	
6- Deficit sensoriale visivo		14- Epilessia	
7- Deficit sensoriale uditivo		15- Idrocefalia e malformazioni snc	
8- Disturbo del linguaggio			

**DIAGNOSI FUNZIONALE SEMPLIFICATA**

Compromissione delle Capacità Intellettive	Nessuna lieve media grave profonda	Compromissione delle Capacità Motorie	Nessuna grave Lieve media gravissima	Compromissione del Linguaggio	Nessuna lieve media grave gravissima	Turbe Affettive e/o Relazionali	Nessuna lieve media grave gravissima
--	------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

**N.B.** Il presente documento vincola al segreto professionale chiunque ne venga a conoscenza art. 622 c.p.

Ne è data comunque facoltà di lettura a tutti gli operatori scolastici coinvolti.

Il presente atto va conservato all'interno del protocollo riservato con facoltà di visione al gruppo tecnico per i soggetti in

Situazione di handicap istituito all'interno della scuola.

IDONEITA' ALLA FREQUENZA DELLE STRUTTURE FORMATIVE  
DEL DOPO - OBBLIGO SCOLASTICO IN CUI SIANO PREVISTE ATTIVITA' DI  
LABORATORIO

L'ALUNNO/A

**È idoneo/a a frequentare**

(l'idoneità è richiesta soltanto in relazione dell'incolumità dell'alunno, CM n° 400 del 31.12.1991)

Il/La minore usufruisce di intervento infermieristico in ambiente scolastico  SI  NO

DATA

*Il presente documento vincola al segreto professionale chiunque ne venga a conoscenza ai sensi dell'art. 622 c.p.i.*

**REGIONE PIEMONTE ASL Vercelli  
PROFILO DESCRITTIVO DI FUNZIONAMENTO  
(DIAGNOSI FUNZIONALE - ASPETTI SANITARI)**

Cognome e Nome:

Nato a: Chivasso il:

Residente a:

Scuola frequentata:

**BREVE ANAMNESI E DIAGNOSI CLINICA**

**CODIFICA ICD 10**

**FUNZIONI CORPOREE (ICF) a cura di operatore sanitario  
STRUTTURE CORPOREE (ICF) a cura di operatore sanitario**

**ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE (ICF)**

**d1- Apprendimento e Applicazione delle Conoscenze**

**d2- Compiti e Richieste Generali**

**d3- Comunicazione**

**d4- Mobilità**

**d5- Cura della Propria Persona**

**d6-Vita domestica**

**d7-Interazioni e Relazioni Interpersonali**

**d8- Aree di Vita Principali**

**d9-Vita Sociale, Civile e di Comunità**

Il Neuropsichiatra Infantile

Data,

*Il presente documento vincola al segreto professionale chiunque ne venga a conoscenza ai sensi dell'art. 622 c.p.i.*

**Firma del medico specialista**

(Ente)\_\_\_\_(Qualifica)\_\_\_\_\_(firma)\_\_\_\_\_

**Firma dello psicologo**

(Ente)\_\_\_\_\_(Qualifica)\_\_\_\_\_(firma)\_\_\_\_\_

**Firma di altri operatori concorrenti alla stesura del Profilo**

(Ente)\_\_\_\_\_(Qualifica)\_\_\_\_\_(firma)\_\_\_\_\_

**Schede di valutazione multidimensionale per la  
determinazione delle fasce di intensità assistenziale di  
minori con disabilità non autosufficienti per la  
predisposizione di Progetti Individuali in cure domiciliari di  
lungoassistenza**

**SCHEDA ANAGRAFICA INFORMATIVA**

UNITÀ DI VALUTAZIONE \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

Cognome	Nome
Nato/a a	il
residente a	via
recapito telefonico	piano dello stabile .....
	numero vani.....
	ascensore <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
stato civile	Codice Fiscale
titolo di studio	attività lavorativa pregressa
	attività lavorativa in svolgimento
Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Persona con handicap grave (ex art.3 L.104/92)	Domanda in corso dal.....
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> percentuale ..... <input type="checkbox"/> No
Invalidità civile	domanda in corso dal .....
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Indennità concessa a titolo di minorazione dall'INPS	quale .....
	dal.....
	Domanda in corso dal.....

Esiste un: tutore  curatore  amministr. di sostegno

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ rec. tel. \_\_\_\_\_

La domanda è presentata in data ..... / ..... / .....

familiari  tutore  procedura d'ufficio   
altri  (specificare ) .....

I dati e le informazioni sono stati forniti da:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ rec. tel. \_\_\_\_\_

Persona di riferimento (se diversa da chi ha fornito le informazioni)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ rec. tel. \_\_\_\_\_

Luogo di valutazione	Data e luogo previsti per la valutazione	Data e luogo in cui è stata effettuata
Domicilio		
Struttura residenziale		
Reparto ospedaliero		
Lungo degenza		
Sede UV...		
Altro: indicare quale		

Data e firma del compilatore

# 1. SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE

## A. CONDIZIONI ABITATIVE

<i>Tipologia</i>		<b>punti</b>	
<b>Alloggio con barriere architettoniche non superabili con ausili</b>	Minori 0-5	<b>1</b>	
	Minori 6-17	<b>2</b>	
<b>Accessibilità ai servizi (difficoltà a raggiungere negozi, Servizi Sociali, ecc.)</b>	Accessibile	<b>0</b>	
	Parzialmente accessibile	<b>1</b>	
	Non accessibile	<b>2</b>	
<b>Rischio di perdere alloggio</b>	Nessun rischio	<b>0</b>	
	Rischio reale	<b>1</b>	
	Rischio immediato	<b>2</b>	
<b>Condizioni igieniche</b>	Buone	<b>0</b>	
	Scadenti	<b>1</b>	
	Pessime	<b>2</b>	
<b>Stato dell'abitazione</b>	Adeguate	<b>0</b>	
	Poco adeguate	<b>1</b>	
	Gravemente deteriorate	<b>2</b>	
<b>Totale punteggio</b>			
DA /A	Punti		
<b>1 a 6</b>	<b>1</b>		
<b>&gt; 6</b>	<b>2</b>		

## B. CONDIZIONI FAMILIARI

Tipologia	Sì o No
1) Segnalazione o provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria	
2) Particolarità della condizione di salute della persona disabile che non consente di attivare altri supporti socio educativi, frequenza scolastica o centri diurni aggregativi e di tempo libero.	
3) Coesistenza nel nucleo di altre persone con problematiche sociali e/o sanitarie	
4) Condizione di isolamento e solitudine del nucleo senza altri familiari presenti attivi	
5) Condizione di familiare solo che si occupa della persona disabile da assistere	
6) Coesistenza nel nucleo di altri minori	
7) Età avanzata e/o le precarie condizioni di salute della/e persona/e che presta/no cura	
8) Grave affaticamento dei familiari derivante dal lavoro di cura	
9) Avvenimenti particolari e gravi che modificano radicalmente la situazione familiare (lutto, malattia,..)	
10) Nessuna presenza di altre persone che affiancano la famiglia (volontari, natural/helper, ecc.)	
<b>Totale punteggio</b>	

<i>Coesistenza delle variabili comporta l'assegnazione dei seguenti punteggi:</i>	
N. variabili	Punti
<b>&gt; 4</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>2</b>
<b>1</b>	<b>1</b>

N.B. La presenza di 4 o più indicatori deve indurre l'UVM a valutare la famiglia come potenzialmente fragile

## C. CONDIZIONE ASSISTENZIALE

### INDICATORI AREA INDIVIDUALE

A) Età del minore:

- 0-5 anni  (pt 1)  
6-11 anni  (pt 2)  
12-15 anni  (pt 3)  
16-17 anni  (pt 4)

Punteggio: \_\_\_\_\_

B) Area autonomia di base relativa al bisogno di aiuto, rispetto all'età, per:

- Alimentazione  (da 0 a 2 pt)      Motricità  (da 0 a 2 pt)  
Vestizione  (da 0 a 2 pt)      Movimento  (da 0 a 2 pt)  
Continenza  (da 0 a 2 pt)      Comunicazione  (da 0 a 2 pt)

Punteggio: \_\_\_\_\_

C) Area dei comportamenti antisociali e/o marginali quali: (fino a 6 punti)  
(disturbi della condotta quali fughe, uso di alcool o sostanze, frequenza di gruppi marginali e/o devianti, ecc.)

Punteggio: \_\_\_\_\_

D) Area dei comportamenti auto/etero aggressivi: (da 0 a 4 pt)  
(tentativi anticonservativi e/o autolesionistici, violenza verso altri)

Punteggio: \_\_\_\_\_

E) Area della socializzazione: (da 0 a 3 pt)  
(isolamento, difficoltà nell'inserimento nei gruppi e nelle attività territoriali)

Punteggio: \_\_\_\_\_

F) Area Scolastica:

- scarsa frequenza scolastica non frequenza/inadempienza  (da 0 a 3 pt )  
scarso interesse o motivazione o partecipazione alla vita scolastica  (da 0 a 2 pt)  
(compiti non fatti, mancanza del materiale)

Punteggio: \_\_\_\_\_

Totale Punteggio: \_\_\_\_\_

Da 1-4	Da 5-8	Da 9-12	Da 13-16	Da 17-20	Oltre i 20
1 punto	2 punti	3 punti	4 punti	5 punti	6 punti

## SINTESI VALUTAZIONE SOCIALE

### A. Valutazione condizione abitativa:

<b>Variabili</b>	0	1 - 5	> 6
Punti	0	1	2

### B. Valutazione condizione familiare:

<b>Variabili</b>	0	1	2	3	4	> 4
Punti	0	1	2	3	4	6

### C. Valutazione condizione assistenziale:

1 - 4	5 - 8	9 - 12	13 - 16	17 - 20	> 20
1	2	3	4	5	6

CONDIZIONE ABITATIVA	CONDIZIONE FAMILIARE	CONDIZIONE ASSISTENZIALE	TOTALE
Fino a 2	Fino a 6	Fino a 6	14

Data e firma del compilatore

## 2. SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA

### DIAGNOSI CLINICA MULTIASSIALE

\* Applicare codice ICD9 – ICD10 (OMS) o DSM IV

Diagnosi codificata \* \_\_\_\_\_

Diagnosi codificata \* \_\_\_\_\_

Diagnosi codificata \* \_\_\_\_\_

Malattia cronica/rara Certificata D.M. 329/99 D.M. 278/01	Situazione di gravità (comma 3 art. 3 L. 104/92)	Diagnosi ICD 10 come da elenco	Genitori sintomatici	Indennità di frequenza	Indennità di accompagnamento /Invalido Civile/Cieco Civile	Condizione clinica che comporta dipendenza da tecnologie complesse (ventilazione meccanica, dialisi) Immunodepressione
2	2	Esordio/moderato 3 Avanzato/grave 4-5	1	1	3	14*
					<b>TOTALE</b>	

N.B. \*La presenza di una condizione clinica che comporta dipendenza da tecnologie complesse (ventilazione meccanica, dialisi) o immunodepressione determina la valutazione sanitaria massima di 14 pt

Data e firma compilatore

## RIEPILOGO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E SANITARIA

Prima valutazione     Rivalutazione

VALUTAZIONE SOCIALE	VALUTAZIONE SANITARIA		TOTALE
		<i>Max punteggio raggiungibile</i>	<b>28</b>

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti.

L'UVM ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

### DEFINIZIONE DELL'INTENSITÀ ASSISTENZIALE

	4 - 9	10 - 15	> 15
	<b>BASSA</b>	<b>MEDIA</b>	<b>MEDIO-ALTA</b>
Esito:			

Motivazione

---



---



---



---

Allegato 5

# UNITA' MULTIDISCIPLINARE VALUTAZIONE DISABILITA'

## PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_

Ente Gestore \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

BISOGNI RILEVATI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PUNTEGGIO: \_\_\_\_\_

INTENSITA' ASSISTENZIALE \_\_\_\_\_

PROGETTO DI INTERVENTO E MODALITA': \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

COSTI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Referente Sanitario \_\_\_\_\_ Il Richiedente \_\_\_\_\_

Referente Sociale \_\_\_\_\_ Il Familiare/Legale Rappresentante \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE</b>	PDTA demenze (DIS.PE.2073.00).doc
		Pag. 1/24

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA**

	<i>Nominativo</i>	<i>Funzione</i>	<i>Data</i>	<i>Firma</i>
<b>Stesura</b>	Dr.ssa Barbara Sarasso	Dirigente Medico Geriatra Distretto	2/12/2016	<i>firmato in originale</i>
	Dr. Emilio Chiocchetti	Dirigente Medico Geriatra Distretto		<i>firmato in originale</i>
<b>Verifica</b>	Dr. Franco Coppo	Direttore SC Neurologia	28/2/2017	<i>firmato in originale</i>
	Dott.sa Patrizia Colombari	Responsabile SSD Psicologia	12/1/2017	<i>firmato in originale</i>
	Dr.ssa Emanuela Pastorelli	Direttore SC Direzione Medica di Presidio	Parere favorevole (gen 2017)	<i>firmato in originale</i>
	Dr.sa Francesca Gallone	Direttore del Distretto	Parere favorevole (gen 2017)	<i>firmato in originale</i>
	Dott.sa Lidia Carnevale	Dirigente Responsabile SITROP	28/2/2017	<i>firmato in originale</i>
	Dott.sa Lorella Perugini	Responsabile Servizio Sociale Aziendale	Parere favorevole (gen 2017)	<i>firmato in originale</i>
	Dr.ssa Sara Marchisio	Dirigente Medico Responsabile SS Qualità	7/12/2016	<i>firmato in originale</i>
<b>Autorizzazione</b>	Dr. Arturo Pasqualucci	Direttore Sanitario ASL VC	5/6/2017	<i>firmato in originale</i>
<b>Emissione</b>	Dr.sa Francesca Gallone	Direttore di Distretto	5/6/2017	<i>firmato in originale</i>

<b>Data di applicazione</b>	<b>Giugno 2017</b>
<b>REV.</b>	<b>00</b>

 <p><b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE</p>	<p>PDTA demenze (DIS.PE.2073.00).doc</p> <hr/> <p>Pag. 2/24</p>
--	---	---

1. RAZIONALE DEL PDTA .....	3
2. PROFESSIONISTI COINVOLTI .....	3
2.1 Il promotore.....	3
2.2 Il committente .....	3
2.3 Il gruppo di lavoro .....	3
2.4 Coordinamento del gruppo di lavoro	
3. METODOLOGIA DI LAVORO .....	4
4. CAMPO DI APPLICAZIONE .....	4
5. DEFINIZIONI E ACRONIMI.....	4
5.1 Definizioni.....	4
5.1 Acronimi .....	4
6. CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE DEI PAZIENTI .....	5
6.1 Criteri di inclusione .....	5
6.2 Criteri di esclusione .....	6
7. RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEL PDTA AZIENDALE .....	7
8. MATRICE DELLE ATTIVITÀ .....	8
9. VALUTAZIONE DEL PERCORSO .....	13
10. MODALITÀ DI DIFFUSIONE INTERNA ED ESTERNA.....	14
11. GOVERNO E MANUTENZIONE DEL PROFILO .....	14
12. LIVELLO DI IMPLEMENTAZIONE .....	14
13. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI .....	14
14. STORIA DELLE MODIFICHE.....	15
ALLEGATO 1 – Questionario di screening della demenza .....	16
ALLEGATO 2 – Diagnostica strumentale .....	17
ALLEGATO 3 – Certificazione per rilascio esenzione .....	18
ALLEGATO 4 – Terapia farmacologica .....	19
ALLEGATO 5 – Test neuropsicologici .....	20
ALLEGATO 6 – Codice prestazioni ambulatoriali .....	21
ALLEGATO 7 – Geriatric Depression Scale Short Form (GDS-FS)	
ALLEGATO 8 - Carico assistenziale tteso.....	24

## 1. RAZIONALE DEL PDTA

---

La prevalenza della demenza nei paesi industrializzati è circa dell'8% negli ultrasessantacinquenni e sale ad oltre il 20% dopo gli ottanta anni (ISS, Osservatorio Demenze, 2014). A fronte di questi dati di prevalenza si stima che il carico assistenziale per l'ASL VC sia di **3.678 malati** in una popolazione di 172.012 residenti (BDDE al 31.12.2015).

L'incidenza stimata è 1,1 casi per mille che, rapportata alla popolazione aziendale, porta ad identificare circa **189 nuovi casi all'anno** (fonte per la stima dell'incidenza: Di Carlo A et al., 2002).

La demenza di Alzheimer è la forma più frequente di demenza degenerativa progressivamente invalidante che rappresenta il 54% di tutte le demenze con una prevalenza nella popolazione ultra sessantacinquenne del 4,4% (fonte: Ministero della Salute, 12/9/2013).

Essa è, inoltre, una malattia "sociale" in quanto non coinvolge solo l'individuo malato, ma anche la rete familiare/sociale in cui è inserito. Le famiglie e i *caregiver* sono profondamente coinvolti nel processo di cura ed assistenza, si trovano ad affrontare enormi stress fisici e psicologici ed hanno pertanto bisogno di adeguati strumenti per prendersi cura delle persone affette da queste patologie.

Questo PDTA descrive il percorso di presa in carico e gestione dei pazienti con demenza o disturbi della memoria afferenti ai servizi dell'ASL VC.

L'adozione del PDTA aziendale favorisce un approccio alla patologia basato sulle prove di efficacia disponibili e sull'integrazione multidisciplinare/multiprofessionale, tenendo altresì in considerazione l'organizzazione dei servizi aziendali e dei vincoli presenti (economici, informativi, ecc.).

Gli obiettivi specifici del percorso sono:

- favorire una maggiore tempestività della diagnosi promuovendo un rapido accesso dei pazienti con sospetta demenza agli accertamenti clinici appropriati;
- favorire una stretta collaborazione tra i diversi specialisti coinvolti per orientare il successivo trattamento terapeutico;
- migliorare la comunicazione con il paziente e favorirne la partecipazione più consapevole ed attiva alle scelte diagnostico-terapeutico-assistenziali.

## 2. PROFESSIONISTI COINVOLTI

---

### 2.1 Il promotore

Il promotore è la Direzione Generale Aziendale

### 2.2 Il committente

Il committente è la Direzione Generale Aziendale.

### 2.3 Il gruppo di lavoro

Alla redazione del presente documento hanno collaborato:

- Emilio CHIOCCHETTI: Dirigente Medico Geriatra Distretto;
- Barbara SARASSO: Dirigente Medico Geriatra Distretto;
- Franco COPPO: Direttore SC Neurologia
- Roberta SANTAMARIA: Dirigente medico SC Neurologia
- Patrizia COLOMBARI: Dirigente Responsabile SSD Psicologia
- Paola SERRA: Dirigente psicologa SSD Psicologia
- Lorella PERUGINI: responsabile Servizio Sociale Aziendale.

### 2.4 Coordinamento del gruppo di lavoro

Emilio CHIOCCHETTI

### 3. METODOLOGIA DI LAVORO

---

La realizzazione del presente documento recepisce le indicazioni metodologiche e le tappe fondamentali specificate nel manuale “Raccomandazioni per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici assistenziali e Profili Integrati di Cura nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte”.

Per l’elaborazione del percorso è stato organizzato un gruppo di lavoro che ha sviluppato le seguenti fasi:

- analisi del percorso ideale (acquisizione letteratura di riferimento e linee guida/raccomandazioni prodotte da società scientifiche e/o da agenzie governative di alcuni Paesi);
- revisione del percorso attuale e degli scostamenti rispetto all’ideale (evidenza delle criticità locali e strategie di superamento);
- revisione delle procedure e dei protocolli attinenti al percorso;
- condivisione degli indicatori clinici e organizzativi;
- prima stesura del percorso.

La struttura Qualità ha curato la stesura definitiva del presente documento.

### 4. CAMPO DI APPLICAZIONE

---

Il presente percorso si applica a tutti i pazienti affetti o potenzialmente affetti da demenza (inclusa la malattia di Alzheimer), non con altri segni neurologici, che si rivolgono ai professionisti dell’ASL VC, dai Medici di Medicina Generale, ai professionisti operanti nelle Strutture Ospedaliere e Territoriali afferenti a questa Azienda.

### 5. DEFINIZIONI E ACRONIMI

---

#### 5.1 Definizioni

- **PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale):** processo di gestione di una determinata patologia che comincia col sospetto diagnostico, e coinvolge tutte le strutture ed i servizi, permettendo la presa in carico globale del paziente, ed assicurando continuità assistenziale tra le diverse componenti del PDTA stesso. Il PDTA rappresenta quindi il minimo comune denominatore di qualità assistenziale che l’Azienda è in grado di fornire al paziente, oltre ad essere uno degli strumenti che consentono alla Regione la valutazione dell’accreditamento.

#### 5.1 Acronimi

- **ASL:** Azienda Sanitaria Locale.
- **BPSD:** sintomi psicologico- comportamentali
- **MMG:** Medico Medicina Generale.
- **MMSE:** Mini Mental State Evaluation
- **MODA:** Milan Overall Dementia Assessment
- **MOCA:** MOntréal Cognitive Assessment
- **SC:** Struttura Complessa.
- **SSD:** Struttura Semplice Dipartimentale.
- **SSR:** Servizio Sanitario Regionale.
- **P.T.** Piano terapeutico

- **UVA/CDCD:** Unità Valutazione Alzheimer/Centro Disturbi Cognitivi e Demenze. È il gruppo di professionisti che si prende cura dei pazienti con demenza. Nell'ASL VC è presente una UVA costituita da un Responsabile (Emilio Chiocchetti), in cui operano medici geriatri, neurologi, neuropsicologici, infermieri e operatori sociosanitari.

## 6. CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE DEI PAZIENTI

### 6.1 Criteri di inclusione

Sono inclusi nel percorso tutti i pazienti in età adulta, inviati dai MMG o da altri specialisti, con disturbo cognitivo meritevole di approfondimento.

Viene considerato meritevole di approfondimento un disturbo cognitivo avente le seguenti caratteristiche:

- disturbi della memoria a breve termine e/o a lungo termine, anche sfumati, riferiti in prima persona dall'interessato o dai familiari (che si rendono conto dei deficit cognitivi lievi o dei cambiamenti comportamentali).

La diagnosi di demenza viene effettuata in presenza di:

- segni/sintomi sopra indicati dopo aver escluso altre patologie;
- positività ad almeno 1 test psicometrico tra quelli applicati (MMSE, MOCA, MODA test, test dell'orologio), escludendo patologie che vengono evidenziate dai seguenti accertamenti:
  - indagini laboratoristiche (esami ematologici<sup>1</sup>, test di funzionalità tiroidea, vitamina B12, acido folico);
  - indagini strumentali (TC/RMN encefalo-basale). Esse sono raccomandate per la valutazione iniziale del paziente con demenza al fine di identificare cause potenzialmente trattabili di demenza (es: neoplasia, ematoma, idrocefalo).

Più precisamente, la demenza è sospettabile nei soggetti che presentano un profilo clinico analogo a quello descritto nei criteri per la definizione di demenza del Diagnostic and Statistical Manual – IV edito (DSM-IV, 1994) (raccomandazione IA, estratta da SNLG – Regione Toscana, anno 2015):

A	Sviluppo di deficit cognitivi multipli, manifestati da entrambe le condizioni seguenti: 1) deficit della memoria (compromissione della capacità di apprendere nuove informazioni o di ricordare informazioni già acquisite) 2) una (o più) delle seguenti alterazioni cognitive: - afasia (alterazione del linguaggio) - aprassia (compromissione della capacità di eseguire attività motorie nonostante l'integrità neurologica) - agnosia (incapacità di riconoscere o di identificare oggetti nonostante l'integrità della funzione sensoriale) - disturbo delle funzioni esecutive (pianificare, organizzare, ordinare in sequenza, astrarre).
B	Ciascuno dei deficit cognitivi dei criteri A1 e A2 causa una compromissione significativa del funzionamento sociale o lavorativo e rappresenta un significativo declino rispetto ad un precedente livello di funzionamento.
C	I deficit non si presentano esclusivamente durante il decorso di un delirium.

I criteri sopra citati hanno un ottimo livello di accuratezza, con sensibilità superiore all'80% (Lim 1999, Knopman 2000).

<sup>1</sup> emocromo; creatinina, sodio, potassio, cloro, calcio, transaminasi, vit. B12, acido folico, TSH reflex, glicemia, ferro, colesterolo totale, trigliceridi, VES. La sierologia per sifilide, HIV, e Borrelia burgdorferi dovrebbe essere considerata in casi individuali ad alto rischio o in caso ci siano suggestive caratteristiche cliniche (Good Practice point, PDTA Demenze Regione Piemonte, 2013).

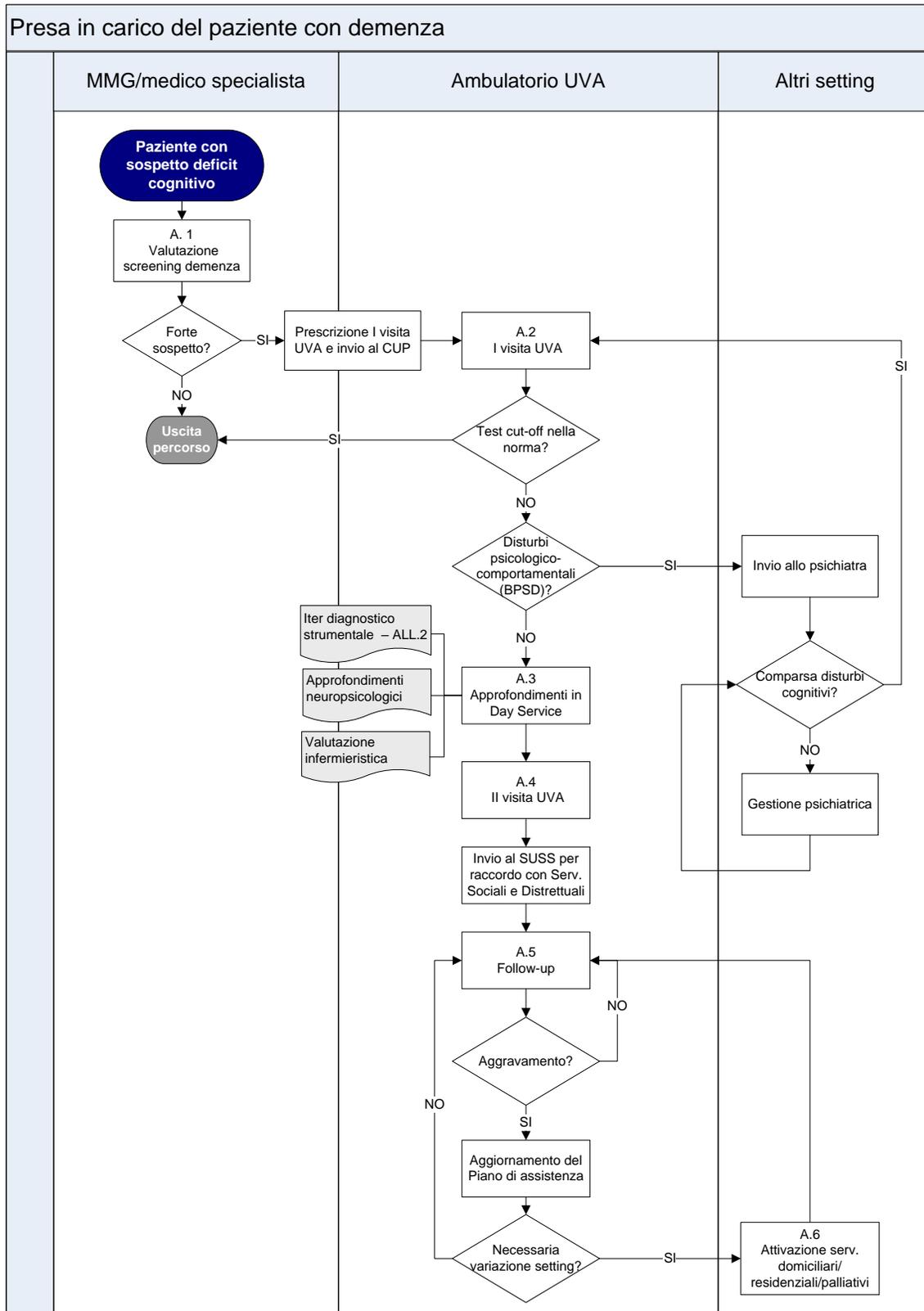
In fase tardiva è più difficile stabilire l'esatto tipo di demenza, poiché i sintomi e i mutamenti cerebrali di diverse forme di demenza possono sovrapporsi. In alcuni casi, un medico può diagnosticare la “demenza” senza specificarne il tipo. In questo caso, può essere necessario per consultare uno specialista, ad esempio, un neurologo.

Ai fini dell'impostazione della terapia è necessaria l'esecuzione di ECG con calcolo QTC per individuare eventuali controindicazioni all'uso di farmaci specifici.

## **6.2 Criteri di esclusione**

Sono esclusi dal percorso tutti i pazienti che hanno esclusivamente e notoriamente manifestazioni puramente psichiatriche anche se giunti in età geriatrica.

## 7. RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEL PDTA AZIENDALE



## 8. MATRICE DELLE ATTIVITÀ

Vengono di seguito dettagliate in modo sequenziale le fasi del percorso già raffigurate più sinteticamente nel diagramma di flusso. Nella matrice sono specificate, in particolare:

- le figure responsabili per ciascuna attività;
- le azioni specifiche a cui attenersi per l'espletamento delle attività;
- i documenti di registrazione (moduli, software, ecc.) o prescrittivi (procedure, protocolli, regolamenti, ecc.) utilizzati per attuare le azioni descritte.

Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
A1	Valutazione di screening per la demenza durante la visita MMG/specialistica	<p><b>Chi:</b> MMG/specialista/DEA/UVG.</p> <p><b>Quando:</b> in presenza di un paziente con disturbi della memoria (vd. criteri di inclusione nel percorso).</p> <p><b>Perché:</b> per indirizzare precocemente all'UVA il paziente con sospetta demenza</p> <p><b>Come:</b> accesso diretto all'ambulatorio del MMG oppure prescrizione per visita specialistica. Nel caso in cui la struttura inviante sia l'UVG, il medico referente UVG richiede con nota protocollata una consulenza finalizzata alla valutazione della presenza dei criteri di indicazione all'inserimento in RSA o in NAT.</p>	<p><b>MMG/DEA/specialista</b></p> <p>In presenza di disturbi della memoria, anche sfumati, o disturbi comportamentali, il paziente va inviato alla UVA (CDCD) aziendale per garantire una presa in carico del paziente con demenza anche in fase pre-clinica.</p> <p>In particolare il MMG conosce il profilo cognitivo/comportamentale dei suoi assistiti e può identificare i segni clinici del decadimento cognitivo al loro insorgere, anche avvalendosi delle segnalazioni dei familiari (raccomandazione IA, SNLG-Regione Toscana, anno 2015).</p> <p>L'ipotesi diagnostica di demenza viene formulata attraverso l'anamnesi, l'esame obiettivo generale, la ricerca di eventuali fattori causali iatrogeni e un'intervista strutturata per svolgere la quale può essere d'aiuto il questionario riportato in allegato 1.</p> <p>Qualora lo specialista in I visita sia un medico neurologo o geriatra, in presenza di sospetta demenza, è comunque necessario chiudere la prestazione come I visita neurologica/geriatria e prescrivere la I visita UVA, da prenotare tramite CUP.</p> <p><b>UVG</b></p> <p>L'UVG non effettua diagnosi e cura ma valutazioni medico-legali per l'attribuzione di un punteggio utile all'inserimento in strutture. L'invio all'UVA avviene quando l'UVG, a fronte degli opportuni accertamenti, ritiene che il nodo corretto della rete a cui il paziente deve far riferimento sia l'UVA. In tal caso viene trasmessa all'UVA anche copia della documentazione utile eventualmente in possesso per la valutazione del caso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prescrizione SSR di I visita UVA (<b>cod. 897.50 - I visita psicogeriatrica oppure cod. 8913.1 - I visita neurogeriatrica</b>)</li> <li>▪ Referto redatto su Ambweb/Cartella clinica MMG</li> <li>▪ Questionario per screening demenza [Questionario demenza (DIS.MO.2100.nn)]</li> </ul>

Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
A2	<p><b>Presa in carico ed esecuzione I visita UVA</b></p> <p><u>Durata:</u> 60 min</p> <p><u>Sede:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambulatorio CDCD, 4° piano Ospedale di Vercelli</li> <li>- Ambulatorio satellite CDCD, Ospedale di Borgosesia</li> </ul>	<p><b>Chi:</b> Geriatra/Neurologo</p> <p><b>Quando:</b> entro i termini di priorità indicati nella prescrizione di I visita UVA. Si ritiene appropriato un codice di priorità D – DIFFERIBILE (entro 30 giorni)</p> <p><b>Perché:</b> effettuare la prima valutazione clinica e cognitiva.</p> <p><b>Come:</b> accesso all'ambulatorio UVA dopo prenotazione al CUP su presentazione della prescrizione di I visita UVA.</p> <p>In assenza di uno specifico codice del nomenclatore tariffario che individui la visita UVA, si decide di utilizzare i seguenti codici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>cod. 897.50 - I visita psicogeriatrica,</b> branca 21</li> <li>▪ <b>cod. 8913.1 - I visita neurogeriatrica,</b> branca 32</li> </ul>	<p>Il <b>Geriatra/Neurologo</b> effettuano la I visita medica comprensiva di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ anamnesi completa (personale, familiare, farmacologica, patologica prossima e remota)</li> <li>▪ ricezione-descrizione dei segni/sintomi ed esame obiettivo generale</li> <li>▪ valutazione dell'autonomia nelle attività quotidiane (ADL/IADL)</li> <li>▪ primo inquadramento delle funzioni cognitive (<b>MMSE, Clock Drawing Test –CDT, Test del raccontino di Babcock</b>). <b>In caso di MMSE &lt;24 viene</b> posto il concreto sospetto di demenza e <b>attivato il percorso di approfondimento diagnostico in day service</b> come segue: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ prescrizione degli accertamenti diagnostici e degli ulteriori approfondimenti da erogarsi, ove possibile, in Day Service secondo il diagramma di flusso riportato in allegato 2. Nelle note della prescrizione dematerializzata indicare che l'erogazione avverrà in Day Service;</li> <li>○ prescrizione degli approfondimenti neuropsicologici da erogarsi anch'essi in day service (cod. prescrizione 94.09 colloquio psicologico + cod. 94.01.2 esame del deterioramento intellettuale + cod. 94.02.1 Esame della memoria + cod. 94.08.1 Esame delle funzioni esecutive e di controllo) – vd. Allegato 5,</li> </ul> </li> <li>▪ eventuale prescrizione di prima valutazione psichiatrica per somministrazione di scale specifiche in caso di sintomatologia psichica e comportamentale (Neuropsychiatric Inventory, NPI)</li> <li>▪ Prescrizione della successiva visita di controllo UVA</li> </ul> <p><b>OSS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Raccolta delle prescrizioni dematerializzate delle prestazioni da erogare in Day Service per ciascun paziente e consegna alla CPSE del Day Hospital Multispecialistico/Day Service;</li> <li>▪ Annotazione della data del Day Service nel registro dei pazienti in carico e sul "pacchetto" di prescrizioni dematerializzate</li> </ul> <p><b>CPSE Day Service/Day Hospital Vercelli</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programmazione dell'accesso in Day Service</li> <li>▪ Trasmissione delle prescrizioni al CUP per il caricamento delle prestazioni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prescrizioni SSR</li> <li>▪ Referto redatto su Ambweb e consegnato al paziente in originale firmato; 1 copia inserita nella Cartella clinica ambulatoriale</li> <li>▪ Nominativo del medico "Case Manager": è lo specialista che effettua la I visita UVA</li> </ul>

Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
A3	<p><b>Day Service</b></p> <p><u>DURATA</u>  Valutazione infermieristica (30 min)  + accertamenti ematici e strumentali</p> <p>Valutazione neuropsicologica (60 min)</p> <p>Eventuale valutazione psichiatrica (60 min)</p> <p><u>Sede:</u>  - Day Hospital-Day service multispecialistico, 4° piano Ospedale di Vercelli</p>	<p><b>Chi:</b> Infermiere/OSS/neuropsicologo/Specialisti di riferimento per le prestazioni erogate</p> <p><b>Quando:</b> entro 15 giorni dalla I visita UVA in presenza di valutazione clinica suggestiva per disturbi cognitivi</p> <p><b>Perché:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>per l'esecuzione di accertamenti diagnostici finalizzati a confermare la diagnosi di demenza e supportare la diagnosi differenziale;</li> <li>per completare l'inquadramento dei casi certi.</li> </ul> <p><b>Come:</b> programmazione del Day Service a cura del personale infermieristico del Day Service/Day Hospital sulla base delle prescrizioni mediche prodotte nella I visita UVA</p>	<p><b>Infermiere Day Service/Day Hospital</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Acquisizione eventuali attestazioni di tutela legale dell'interessato + consenso al trattamento dei dati</li> <li>Rilevazione dei bisogni, inclusi i bisogni sociali, e stesura del piano di assistenza. Tra i vari assessment le linee guida raccomandano: autonomia; fattori ambientali/sociali; dolore e/o disagio; somministrazione della Geriatric Depression Scale Short Form – vd. allegato 7.</li> <li>Prelievo ematico ed esecuzione tracciato ECG.</li> <li>Raccolta della documentazione sanitaria e consegna al CDCD per la valutazione medica.</li> </ul> <p><b>Neuropsicologo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Colloquio psicologico</li> <li>Somministrazione dei test neuropsicologici (vd. Allegato 5)</li> <li>Stesura del referto ambulatoriale</li> </ul> <p><b>Psichiatra (se attivato, in presenza di sintomatologia psicologico-comportamentale)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Valutazione delle condizioni generali di salute, dell'eventuale presenza di sintomatologia depressiva;</li> <li>Anamnesi farmacologica per la valutazione della presenza di eventuali effetti collaterali;</li> <li>Biografia individuale, incluse credenze religiose e spirituali e l'identità culturale;</li> <li>Rilevazione dei fattori psicosociali e ambientali;</li> <li>Valutazione del dolore o disagio legato alla condizione della persona;</li> <li>Somministrazione delle scale per la valutazione della sintomatologia psichica e comportamentale (Neuropsychiatric Inventory, NPI)</li> <li>Stesura del referto ambulatoriale</li> <li>Prescrizione eventuale terapia farmacologica e/o interventi non farmacologici</li> <li>Prescrizione eventuale controllo successivo.</li> </ul> <p><b>OSS</b>  Raccolta dei referti ed inoltro al Geriatra/Neurologo UVA di riferimento (<u>Case Manager</u>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescrizioni SSR</li> <li>Referti redatto su Ambweb e consegnato al paziente in originale firmato; 1 copia inserita nella Cartella clinica ambulatoriale</li> </ul>

Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
A4	<p><b>II visita UVA (controllo)</b></p> <p>Durata: visita medica 30 min valutazione</p>	<p><b>Chi:</b> Case manager (Geriatra o Neurologo)/infermiere</p> <p><b>Quando:</b> entro 1 settimana dall'erogazione del Day Service</p> <p><b>Perché:</b> per la restituzione diagnosi a paziente/famiglia. La restituzione può essere eventualmente indirizzata ai familiari autorizzati sulla base dei referti (senza paziente)</p> <p><b>Come:</b> prescrizione di visita controllo</p> <p>In assenza di uno specifico codice del nomenclatore tariffario che individui la visita UVA di controllo, si decidono di utilizzare i seguenti codici per la visita medica di controllo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>cod. 8901.62 - visita psicogeriatrica di controllo, branca 21</b>, oppure</li> <li>▪ <b>cod. 8901.69 - visita neurogeriatrica di controllo, branca 37</b></li> </ul>	<p><b>Il Medico Case Manager (geriatra/neurologo)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Valuta gli esiti degli accertamenti e delle valutazioni specialistiche ed infermieristiche effettuate</li> <li>▪ Stadia la demenza in lieve/moderata/grave</li> <li>▪ Informa il paziente/care giver dell'esito degli accertamenti (ad indagini espletate, dopo presa visione, si può procedere ad una esatta diagnosi su base clinica e strumentale di esclusione di altre patologie o inclusione di patologie correlate)</li> <li>▪ Propone le diverse alternative terapeutiche</li> <li>▪ Redige il Piano terapeutico (PT) in caso di trattamento farmacologico (il trattamento farmacologico viene effettuato secondo i protocolli riportati in allegato 2)</li> <li>▪ Predisporre il Piano di Assistenza Individuale comprensivo dei trattamenti farmacologici e non farmacologici eventualmente proposti (inclusi cicli di training per disturbi cognitivi, esercizio fisico, terapia occupazionale, ecc.) e delle indicazioni per il follow-up</li> <li>▪ Compila l'attestazione per il rilascio del codice di esenzione 029 (Demenza) – vd. allegato 3</li> <li>▪ Per i pazienti che necessitano di interventi domiciliari/residenziali indirizza il paziente/familiari allo Sportello Unico Sociosanitario (SUSS) per la presa in carico sociale, l'eventuale attivazione dei servizi distrettuali e delle Associazioni di volontariato</li> <li>▪ Restituisce un feed-back al medico curante (MMG) o all'UVG.</li> <li>▪ Programma il controllo successivo (di norma a 6 mesi) prescrivendo il controllo medico + la rivalutazione neuropsicologica (cod. 94.09 colloquio psicologico + cod. 94.01.2 esame del deterioramento intellettivo + cod. 94.02.1 Esame della memoria + cod. 94.08.1 Esame delle funzioni esecutive e di controllo)</li> </ul> <p>Il medico che restituisce la diagnosi e predisporre il PTI è il Case Manager</p> <p><b>Infermiere Day Service/Day Hospital</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rivalutazione dei bisogni attivi ed eventuale aggiornamento del piano di assistenza</li> <li>▪ Programmazione dei prossimi controlli (medici + infermieristici)</li> <li>▪ Raccordo con il SUSS</li> <li>▪ Supporto alla tenuta ed archiviazione della documentazione sanitaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prescrizioni SSR</li> <li>▪ Referti redatto su Ambweb e consegnato al paziente in originale firmato; 1 copia inserita nella Cartella clinica ambulatoriale</li> <li>▪ Attestazione per il rilascio del codice di esenzione 029</li> <li>▪ Procedura per la gestione dei pazienti fragili [<i>Percorsi integrati paz fragile (PG.DIS.2066.nn)</i>]</li> <li>▪ Opuscolo informativo consegnato all'utente dal SUSS "<i>Libretto guida Alzheimer (SSA.DO.1562.nn)</i>"</li> <li>▪ Registro "Demenze"</li> </ul>

Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
A5	<b>Follow-up</b>  <u>Durata:</u> visita medica 30 min valutazione neuropsicologica 60 min rivalutazione inf. 30 min	<p><b>Chi:</b> Case manager (Geriatra o Neurologo)/infermiere/neuropsicologo</p> <p><b>Quando:</b> a 6 mesi dalla prima stesura del Piano di Trattamento Individuale, salvo problemi intercorrenti/diverso motivo clinico*</p> <p><b>Perché:</b> per monitorare il raggiungimento degli obiettivi terapeutici</p> <p><b>Come:</b> prescrizione di visita controllo</p> <p>In assenza di uno specifico codice del nomenclatore tariffario che individui la visita UVA di controllo, si decidono di utilizzare i seguenti codici per la visita medica di controllo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>cod. 8901.62 - visita psicogeriatrica di controllo, branca 21</b>, oppure</li> <li>▪ <b>cod. 8901.69 - visita neurogeriatrica</b></li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>+ rivalutazione neuropsicologica</b></p> <p>(cod. 94.09 colloquio psicologico + cod. 94.01.2 esame del deterioramento intellettivo + cod. 94.02.1 Esame della memoria + cod. 94.08.1 Esame delle funzioni esecutive e di controllo)</p> <p><i>*in caso di somministrazione di farmaci anticolinesterasici è indicato un controllo ad 1 mese dall'inizio del trattamento e quindi dopo 3 mesi dalla I visita (Protocollo CRONOS, 2002)</i></p>	<p><b>Neuropsicologo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Colloquio psicologico</li> <li>▪ Somministrazione dei test neuropsicologici (vd. Allegato 5)</li> <li>▪ Stesura del referto ambulatoriale</li> </ul> <p><b>Infermiere Day Service/Day Hospital</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rivalutazione dei bisogni attivi ed eventuale aggiornamento del piano di assistenza</li> <li>▪ Programmazione dei prossimi controlli (medici + infermieristici)</li> <li>▪ Supporto alla tenuta ed archiviazione della documentazione sanitaria</li> </ul> <p>Il <b>Geriatra/Neurologo</b> effettuano la visita medica di controllo comprensiva di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Raccordo anamnestico</li> <li>▪ Valutazione obiettiva</li> <li>▪ Valutazione dell'esito delle valutazioni degli altri professionisti, inclusi i risultati della testistica somministrata dal neuropsicologo</li> <li>▪ Aggiornamento del Piano Assistenza Individuale</li> <li>▪ Eventuale attivazione assistenza domiciliare/residenziale/semiresidenziale/cure palliative</li> <li>▪ Registrazione degli esiti significativi ai fini del calcolo degli indicatori di monitoraggio dell'efficacia percorso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prescrizioni SSR</li> <li>▪ Referto redatto su Ambweb e consegnato al paziente in originale firmato; 1 copia inserita nella Cartella clinica ambulatoriale</li> <li>▪ Registro "Demenze"</li> </ul>
A6	<b>Assistenza domiciliare /assistenza residenziale /cure palliative</b>	<p><b>Chi:</b> il Case Manager (geriatra/neurologo)</p> <p><b>Quando:</b> a seguito di follow-up in cui venga evidenziato un peggioramento delle condizioni oppure in caso di bisogni emergenti segnalati anche al di fuori del follow-up</p> <p><b>Perché:</b> per adeguare la risposta assistenziale ai mutati bisogni del paziente</p> <p><b>Come:</b> in accordo alle procedure aziendali.</p>	<p>Il <b>Case manager (geriatra/neurologo)</b> attiva la modalità assistenziale più idonea (domiciliare, residenziale o palliativa) in relazione ai bisogni emergenti e in accordo alle procedure aziendali.</p> <p>In particolare, per l'invio al Nucleo Alzheimer Temporaneo (NAT) o al Centro Diurno Alzheimer è necessario indirizzare il Care Giver al SUSS.</p> <p>Le prestazioni sono erogate da professionisti dei servizi territoriali (ADI, residenzialità, ecc.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Attivazione NAT</li> <li>Per l'attivazione di assistenza domiciliare e residenziale: Assistenza territoriale (DISVC.PI.0361.nn)</li> <li>Per l'inserimento in Hospice: Liste attesa Hospice (CPH.PG.0314.nn)</li> <li>▪ Per l'eventuale assistenza integrativa e protesica: Assistenza integrativa e protesica (DIS.PG.0300.nn)</li> <li>Per l'erogazione di ausili: Fornitura ausili non personaliz.(DIS.PO.1886.nn)</li> </ul>

## 9. VALUTAZIONE DEL PERCORSO

Nella tabella sottostante, dal n. 1 al n. 5, sono riportati gli indicatori previsti dal Percorso Regionale per la diagnosi precoce delle Demenze, ancorché sprovvisti di valore di riferimento e di istruzioni dettagliate per la loro raccolta che, pertanto, dovranno essere definite in fase operativa (ARESS - Regione Piemonte, 2013).

Essi stono stati integrati con alcuni indicatori di processo clinico validati dalla American Medical Association (AMA) che, durante la stesura di questo percorso, sono risultate essere le uniche misure accessibili reperite nella letteratura scientifica relativa ai cosiddetti “key performance indicators” nell’ambito delle demenze (AMA, 2014. Dementia Performance Measurement Set). Il dettaglio informativo di cui sono provvisti e a cui si rimanda, la loro esaustiva strutturazione e la consistenza scientifica su cui si basano, rappresentano un modello di riferimento per la valutazione della performance del PDTA e, per tale ragione, sono stati scelti per la valutazione del percorso locale.

Relativamente agli indicatori di esito non sono state individuate misure attualmente validate né prescritte a livello istituzionale (es. Regione, Ministero). Viene pertanto rimandata la loro eventuale rilevazione al momento in cui tali indicatori saranno stati sufficientemente testati.

Nome dell'indicatore	Formola	Atteso	Riferimento normativo/bibliografico	Struttura
1. Tempo di attesa medio per I visita UVA/CDCD	Giorni di attesa al CUP/Numero I visite per ASL	Non definito	ARESS, 2013 - PDTA diagnosi precoce delle demenze	Distretto
2. Collegamento con UVG	Numero di protocolli siglati/Numero di UVA	Non definito	ARESS, 2013 - PDTA diagnosi precoce delle demenze	Distretto
3. Pz. con diagnosi precoce individuati/anno	Numero pz. diagnosi precoce/Accesso 1° visita	Non definito	ARESS, 2013 - PDTA diagnosi precoce delle demenze	CDCD
4. Esami del liquor	Numero di rachicentesi Vs 1° visita con deterioramento cognitivo/Numero 1° visite positive per deterioramento cognitivo	Non definito	ARESS, 2013 - PDTA diagnosi precoce delle demenze	CDCD
5. Giornate apertura UVA/CDCD	Numero di visite alla settimana/200 giorni-anno	Non definito	ARESS, 2013 - PDTA diagnosi precoce delle demenze	Distretto
6. Staging della demenza	(N° pazienti per i quali risulta indicata in documentazione sanitaria la severità della demenza (lieve/moderata/severa) in un arco temporale annuale/ tot. pazienti con demenza)*100 <i>Rilevazione annuale</i>	≥95%	AMA, 2011 - Dementia Performance Measure Set	CDCD
7. Valutazione cognitiva	(N° pazienti per i quali risulta effettuata almeno 1 rivalutazione cognitiva all'anno con test validati/ tot. pazienti con demenza)*100 <i>Rilevazione annuale. Tra i test sono inclusi a titolo esemplificativo: MoCA, MMSE</i>	≥95%	AMA, 2011 - Dementia Performance Measure Set	CDCD
8. Valutazione dello stato funzionale	(N° pazienti per i quali risulta effettuata almeno 1 rivalutazione dello stato funzionale all'anno con IADL e ADL/ tot. pazienti con demenza)*100 <i>Rilevazione annuale</i>	≥95%	AMA, 2011 - Dementia Performance Measure Set	CDCD
9. Screening dei sintomi depressivi	(N° pazienti per i quali risulta effettuata almeno 1 rivalutazione dei sintomi depressivi con Geriatric Depression Scale (GDS – short form)/ tot. pazienti con demenza)*100 <i>Rilevazione annuale</i>	≥95%	AMA, 2011 - Dementia Performance Measure Set	CDCD

## 10. MODALITÀ DI DIFFUSIONE INTERNA ED ESTERNA

---

Una volta approvato dal gruppo multidisciplinare, il percorso sarà recepito dalla Direzione Generale, e pubblicato sulla intranet aziendale a cura della struttura Qualità.

Il Distretto provvederà alla diffusione del percorso alle strutture aziendali interessate e ai MMG per il tramite del Direttore di Distretto.

## 11. GOVERNO E MANUTENZIONE DEL PROFILO

---

Il Distretto assume il governo del PDTA con una sua revisione periodica (ogni tre anni, salvo eventuali e necessarie anticipazioni di aggiornamento).

L'UVA verifica l'attuazione del percorso attraverso il monitoraggio degli indicatori identificati nel § 9. Dopo una prima verifica ed un primo riesame il percorso verrà validato con riesami annuali, attraverso l'analisi degli indicatori o l'evoluzione delle linee guida di riferimento e, se sarà necessario, si porteranno le opportune modifiche.

## 12. LIVELLO DI IMPLEMENTAZIONE

---

Il percorso, una volta approvato, sarà applicato non appena terminata la predisposizione delle agende di visita UVA (a cura del Distretto).

## 13. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

---

- Presidenza del consiglio dei ministri conferenza unificata. Provvedimento 30 ottobre 2014.” Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento recante: «Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze».”
- Istituto Superiore della Sanità. Osservatorio Demenze. Ultimo aggiornamento: 13-02-2014 in Epidemiologia delle demenze, aggiornato al 12-11-2015. <http://www.iss.it/demenze/index.php?lang=1&tipo=17>
- Ministero della salute. Demenze - Dati Epidemiologici. 24 febbraio 2011, ultimo aggiornamento 12 settembre 2013 ([http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2402&area=demenze&menu=vuoto](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2402&area=demenze&menu=vuoto))
- Di Carlo A et al. Incidence of dementia, Alzheimer's disease, and vascular dementia in Italy. The ILSA study. J Am Geriatr Soc 2002;50:41-8.
- Sistema Nazionale Linee Guida – Regioni. Regione Toscana. “Sindrome Demenza, Diagnosi e Trattamento”. Aggiornamento 2015.
- ARESS - Regione Piemonte, 2013. Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la diagnosi precoce delle Demenze.
- American Medical Association. Dementia Performance Measurement Set. Physician Consortium for Performance Improvement (PCPI) approved October 2011, updated 2014.
- NICE Pathways, 2016. Dementia overview. <https://pathways.nice.org.uk/pathways/dementia>

- Regione Piemonte. Determina Dirigenziale n. 102 del 18 febbraio 2013. Allegato A: “Implementazione del progetto regionale per la diagnosi precoce delle demenze attraverso la valutazione neuropsicologica”.
- AIFA. Bollettino di informazione sui farmaci. “Progetto Cronos: i risultati dello studio osservazionale”, 2004; vol 5-6:183-188.
- E. Chiocchetti “Nuove strategie di cure ed assistenziali al servizio del paziente demente“. Geriatria, 2003. Suppl al volume n° 2 marzo/aprile.

#### 14. STORIA DELLE MODIFICHE

---

<b>REV</b>	<b>Data</b>	<b>Descrizione delle modifiche</b>
00	Giugno 2017	Prima emissione

# ALLEGATO 1 – Questionario di screening della demenza

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>MODULO</b>	Questionario demenza (DIS.MO.2100.00).doc
		Pag. 1/2

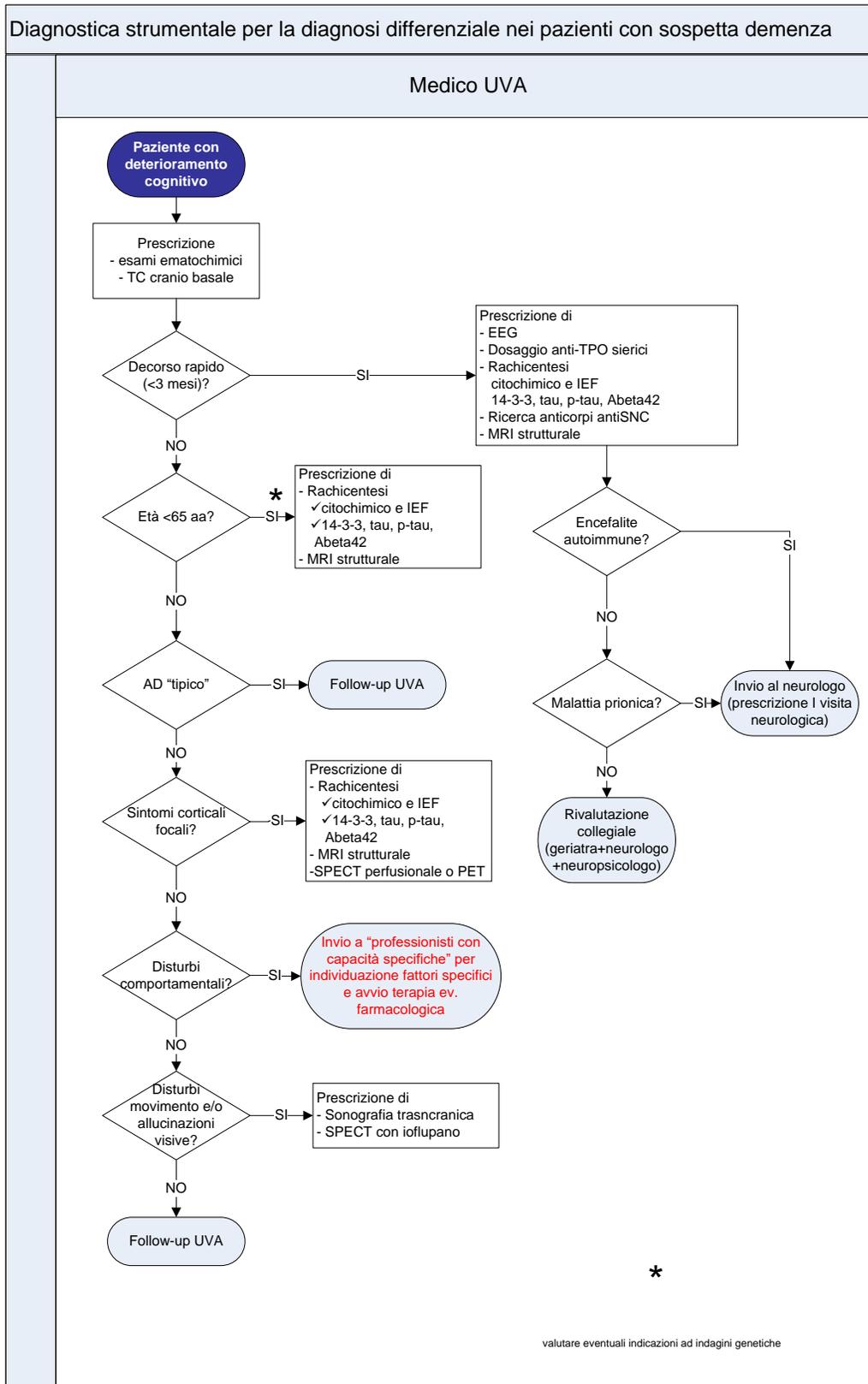
## QUESTIONARIO DI SCREENING della DEMENZA (SDS, Symptoms of Dementia Screener di Mundt JC, Freed DM, Greist JH)

Cognome e nome del paziente:		Data di nascita:		Medico: <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> DEA <input type="checkbox"/> specialista _____ <input type="checkbox"/> UVG <input type="checkbox"/> altro _____		
1	Ripete spesso le stesse cose o rivolge agli altri più volte la stessa domanda?	SI	NO	NON SO		
2	È più smemorato, cioè ha vuoti di memoria, per eventi recenti?	SI	NO	NON SO		
3	Bisogna ricordargli di fare o ha bisogno di promemoria per fare le cose come le faccende di casa, la spesa o prendere le medicine?	SI	NO	NON SO		
4	Dimentica appuntamenti, le ricorrenze familiari o festività?	SI	NO	NON SO		
5	Appare triste, giù di morale, o piange più spesso che in passato?	SI	NO	NON SO		
6	Comincia ad avere problemi nel fare calcoli, gestire denaro o controllare i conti?	SI	NO	NON SO		
7	Ha perso interesse per le attività abituali, ad es. la lettura o altri passatempi, o andare in chiesa o altre attività sociali?	SI	NO	NON SO		
8	Comincia ad avere bisogno di aiuto per mangiare, per es. nell'usare il coltello e forchetta, o vestirsi (per es. nello scegliere o indossare i vestiti), farsi il bagno o usare i servizi?	SI	NO	NON SO		
9	È diventato più irritabile, agitato o diffidente oppure comincia a vedere o sentire o credere a cose non reali?	SI	NO	NON SO		
10	C'è qualche preoccupazione per il suo modo di guidare, per es. tende a perdersi o a guidare in modo poco sicuro o pericoloso? <i>Se non ha patente si risponde NO</i>	SI	NO	NON SO		
11	Ha problemi nel trovare le parole che vuole dire o finire un discorso o ricordare il nome di persone o cose?	SI	NO	NON SO		

La risposta positiva a 5 degli items giustifica la somministrazione l'invio all'UVA/Centro Diagnosi e Cura Demenze)

Data di compilazione: \_\_\_\_\_ Timbro e firma del Medico: \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 2 – Diagnostica strumentale



**REGIONE PIEMONTE  
A.S.L.VC – VERCELLI**

**CERTIFICAZIONE SANITARIA PER IL RILASCIO  
DELL' ATTESTAZIONE DI ESENZIONE TICKET**

(Ai sensi del D.M. del 28.5.1999 n. 329)

Il sottoscritto/a Dott. ....

Specialista in .....

Dipendente della struttura pubblica A.S.L. VC

Reparto/Divisione .....

**DICHIARA CHE**

Cognome:	Nome:	Sesso:
Codice fiscale:	Data di nascita:	Luogo di nascita:

Ai sensi e per gli effetti del Decreto del Ministero della Sanità del 28.5.1999 n. 329

Rientra nella forma morbosa.....

di cui al CODICE n.

Per tale motivo, il/la paziente su indicato/a ha diritto all' esenzione della partecipazione alla spesa sanitaria limitatamente alle prestazioni specialistiche ed alle specialità medicinali previste.

VERCELLI. Li, .....

Timbro e firma

## **ALLEGATO 4 – Terapia farmacologica**

---

### **Farmaci anticolinesterasici dispensati con Piano Terapeutico (validità 6 mesi)**

Il protocollo di trattamento farmacologico prevede la somministrazione di farmaci anticolinesterasici ai pazienti con probabilità di demenza di gravità lieve-moderata, con punteggio MMSE (corretto per età e scolarità) di 14-26 alla prima visita presso l'UVA e con disturbi presenti da più di 6 mesi (rif. Progetto CRONOS).

Viene raccomandato un inizio precoce della terapia, la via orale o transdermica come prima scelta, somministrazione ad orari regolari a dosi prestabilite. I farmaci utilizzabili sono:

- DONEPEZIL C: inizio a dosi di 5mg/die ed eventualmente aumentato fino a 10 mg/die
- RIVASTIGMINA CEROTTO TRANSDERMICO 4.6 mg, 9.5 mg e 13.3 mg (farmaco disponibile anche in compresse ai dosaggi di 1.5 mg, 3 mg e 6 mg due volte die): inizio a dosi di 1,5 mg x2/die con incremento progressivo della dose di 1,5mg ad intervalli di almeno 15-20 giorni fino ad un massimo di 6 mg x2/die
- MEMANTINA 10 e 20 mg

Il trattamento deve essere interrotto in caso di scarsa tollerabilità o scarsa compliance e in tutti i casi in cui, secondo il giudizio dell'UVA, il beneficio clinico sia insufficiente da giustificare una continuazione della terapia.

Il trattamento deve essere comunque interrotto quando il punteggio al MMSE abbia raggiunto un punteggio uguale o inferiore a 10.

### **Farmaci antipsicotici atipici utilizzati per il trattamento dei disturbi comportamentali, prescritti off-label con Piano Terapeutico (validità 2 mesi), e dispensati direttamente dalla Farmacia Ospedaliera:**

- QUETIAPINA 25 MG, 50 MG rp E 100 MG
- OLANZAPINA 2.5 MG, 5 MG, 10 MG
- RISPERIDONE CP 1 MG disponibile anche in forma liquida

## ALLEGATO 5 – Test neuropsicologici

---

Le seguenti valutazioni neuropsicologiche devono essere prescritte sia in fase di approfondimento diagnostico (accesso di day service), che nei successivi controlli periodici ogni 6 mesi.

### Colloquio psicologico

Cod. 94.09

---

**Esame del deterioramento intellettivo:**       MMSE       MOCA       CDT       MODA

Cod. 94.01.2

---

### Esame della memoria:

Cod. 94.02.1       DIGIT SPAN       MEMORIA PROSPETTICA       WMS (Cod.: 94.02.2)  
 MEMORIA PROCEDURALE       MEMORIA SEMANTICA       TEST MEMORIA DI PROSA  
 CORSI

---

### Esame delle funzioni esecutive e di controllo:

Cod. 94.08.1

• MATRICI ATTENZIONALI      • RICERCA DI CHIAVI      • P/P      • STIME  
• TEST GIUDIZI VERBALI      • TEST GIUDIZI ARITMETICI      • TEST GIUDIZI VERBALI      • MATRICI DI RAVEN  
• TORRE DI HANOI • TMT      • TEST DEI 5 PUNTI • TEST DELL'ALTERNANZA

---

## ALLEGATO 6 – Codice prestazioni ambulatoriali

Prestazioni della **Branca 21-Geriatria** e della **Branca 32-Neurologia** estratte dal Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e di laboratorio (DD 546 del 15.09.2016, messa a regime prevista dall'1.1.2017.). Le prestazioni riconducibili al PDTA sono evidenziate in grassetto

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	32	8901.11	VISITA NEUROLOGICA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		32	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	32	8901.69	VISITA NEUROGERIATRICA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		32	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	32	8913.0	PRIMA VISITA NEUROLOGICA		S	S			20,7	S		32	89.13	VISITA NEUROLOGICA -
1	32	8913.1	PRIMA VISITA NEUROGERIATRICA		S	S			20,7	S		32	89.13	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	32	93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE - CON SCALA PSICO-COMPORTAMENTALE	PRECISAZIONI: Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione di test delle funzioni linguistiche; ESCLUSO: Esame dell' afasia (94.08.4)	S	S			7,8	S		32	93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE - Con scala psico-comportamentale - Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione di test delle funzioni linguistiche - Escluso: Esame dell' afasia (94.08.4)
1	32	<b>93.89.2</b>	<b>TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI : SEDUTA INDIVIDUALE</b>	PRECISAZIONI: Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche - Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	S	S			8,4	S		32	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI - Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche - Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	32	93.89.3	<b>TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI : SEDUTA COLLETTIVA</b>	PRECISAZIONI: Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche - Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	S	S			2,1	S		32	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI - Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche - Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)
1	32	94.01.2	<b>SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET</b>	PRECISAZIONI: Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine	S	S			15,5	S		32	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET -
1	32	94.02.1	<b>SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA</b>		S	S			5,8	S		32	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA - Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine
1	32	94.02.2	<b>TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]</b>		S	S			5,8	S		32	94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS] -
1	21	8901.38	VISITA GERIATRICA DI CONTORLLO		S	S			12,9	S		21	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	21	8901.62	VISITA PSICOGERIATRICA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		21	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	21	897.34	PRIMA VISITA GERIATRICA		S	S			20,7	S		21	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	21	897.50	PRIMA VISITA PSICOGERIATRICA		S	S			20,7	S		21	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita

## ALLEGATO 7 – Geriatric Depression Scale Short Form (GDS-FS)

GERIATRIC DEPRESSION SCALE SHORT FORM (GDS-FS)		
	Si	No
1	E' soddisfatto della sua vita?	0 1
2	Ha abbandonato molte delle sue attività e dei suoi interessi?	1 0
3	Ritiene che la sua vita sia vuota?	1 0
4	Si annoia spesso?	1 0
5	E' di buon umore per la maggior parte del tempo?	0 1
6	Teme che le stia per capitare qualcosa di brutto?	1 0
7	Si sente felice per la maggior parte del tempo?	0 1
8	Si sente spesso indifeso e abbandonato?	1 0
9	Preferisce stare a casa piuttosto che uscire a fare cose nuove?	1 0
10	Pensa di avere più problemi di memoria della maggior parte delle persone?	1 0
11	Pensa che sia bello stare al mondo, adesso?	0 1
12	Si sente un po' inutile così come lei è o vive oggi?	1 0
13	Si sente pieno di energia?	0 1
14	Pensa di essere in una situazione priva di speranza?	1 0
15	Pensa che gli altri stiano, per lo più, meglio di lei?	1 0
Punteggio 0-5 = normale; punteggio >5 = depresso		

## ALLEGATO 8 – Carico assistenziale atteso

Residenti al 31.12.2015 (BDDA - Pista)	172.012
di cui >65 anni	45.975
Casi prevalenti (8%/anno nella popolazione >65 aa)	3.678
Casi incidenti (1,1 per mille/anno nella popolazione generale)	189,2
Casi inviati in I visita UVA (stima)	378

Prestazione	pazienti/anno (n°)	pazienti/settimana* (n°)	Durata della prestazione (min)**	Figura professionale
I visita UVA/CDCD	378	8	60	Geriatra/Neurologo + Infermiere
Day service	189	4	60 30	Neuropsicologo + Infermiere
II visita UVA/CDCD	189	4	30 30	Geriatra/Neurologo +infermiere
Follow-up	3.678	77	30 60 30	Geriatra/Neurologo + Neuropsicologo + Infermiere

\*calcolo sulla base di 48 settimane lavorative/anno

\*\* La durata standard della **visita medica** è 60 minuti in prima visita, 30 minuti nelle successive visite di controllo indipendentemente dallo specialista erogante. La durata della **valutazione infermieristica** è di 30 minuti comprensivi dell'esecuzione delle prestazioni previste (prelievo, ECG, ecc.). La durata della valutazione del **neuropsicologo** è di 60 minuti.

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE</b>	PDTA scompenso cardiaco terr (DIS.PE.2227.00)
		Pag. 1/35

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
PER LA GESTIONE TERRITORIALE  
DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO**

	<i>Nominativo</i>	<i>Funzione</i>	<i>Data</i>	<i>Firma</i>
<b>Stesura</b>	Sara Marchisio	Dirigente Medico Resp. SS Qualità Coordinatore Gruppo di Lavoro	ago-nov 2017	<i>F.to in originale</i>
	Cosimo Lacava	Medico di Medicina Generale		<i>F.to in originale</i>
	Sergio Macciò	Dirigente Medico SC Cardiologia		<i>F.to in originale</i>
	Rossana Monciino	Dirigente Farmacista SC Farmacia territoriale		<i>F.to in originale</i>
	Maria Rita Rigolone	Medico di Medicina Generale		<i>F.to in originale</i>
	Isabella Perucca	CPSE SS Qualità		<i>F.to in originale</i>
	Alberto Salis	Specialista Ambulatoriale Convenzionato – cardiologo		<i>F.to in originale</i>
	Maria Rosa Sicuranza	CPSE Cure Domiciliari, Distretto		<i>F.to in originale</i>
<b>Verifica</b>	Francesca Gallone	Direttore del Distretto e Presidente UCAD	UCAD VC 26/01/18 UCAD BG 24/01/18	<i>F.to in originale</i>
	Lidia Carnevale	Dirigente Responsabile SITROP	22/01/18	<i>F.to in originale</i>
	Francesco Rametta	Direttore SC Cardiologia	22/01/18	<i>F.to in originale</i>
<b>Autorizzazione</b>	Arturo Pasqualucci	Direttore Sanitario ASL VC	22/01/18	<i>F.to in originale</i>
<b>Emissione</b>	Francesca Gallone	Direttore Distretto	22/01/18	<i>F.to in originale</i>

<b>Data di applicazione</b>	31/1/2018
<b>REV.</b>	00

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE</b>	PDTA scompenso cardiaco terr (DIS.PE.2227.00)
		Pag. 2/35

1. RAZIONALE DEL PDTA .....	3
2. PROFESSIONISTI COINVOLTI.....	4
2.1 Il promotore.....	4
2.2 Il committente.....	4
2.3 Il gruppo di lavoro .....	4
3. METODOLOGIA DI LAVORO.....	5
4. CAMPO DI APPLICAZIONE .....	5
5. DEFINIZIONI E ACRONIMI.....	5
5.1 Definizioni.....	5
5.2 Acronimi.....	6
6. CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE DEI PAZIENTI.....	7
6.1 Criteri di inclusione .....	7
6.2 Criteri di esclusione .....	7
7. RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEL PDTA AZIENDALE.....	8
8. MATRICE DELLE ATTIVITÀ.....	14
9. VALUTAZIONE DEL PERCORSO.....	17
10. MODALITÀ DI DIFFUSIONE INTERNA ED ESTERNA.....	17
11. GOVERNO E MANUTENZIONE DEL PROFILO.....	18
12. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI .....	18
13. STORIA DELLE MODIFICHE .....	18
ALLEGATO 1 – Segni e sintomi di SC.....	19
ALLEGATO 2 – Fattori di Alto rischio per Scompenso Cardiaco .....	21
ALLEGATO 3 – Criteri di stabilità/instabilità .....	22
ALLEGATO 4 – Accertamenti diagnostici .....	24
ALLEGATO 5 – Programmi terapeutici e di follow-up .....	26
ALLEGATO 6 – Requisiti minimi di contenuto della valutazione clinica iniziale (fase A1) .....	28
ALLEGATO 7 – Informativa al paziente.....	30
ALLEGATO 8 – Certificazione per rilascio esenzione.....	32
ALLEGATO 9 – Scheda MST-Malnutrizione .....	33
ALLEGATO 10 – Questionario sulla qualità di vita.....	34

## 1. RAZIONALE DEL PDTA

---

Lo scompenso cardiaco (SC) è tra i problemi sanitari più rilevanti nei Paesi industrializzati e primo DGR medico per frequenza tra i ricoveri ospedalieri (fonte: SNLG Regioni, Diagnosi e cura dello scompenso, L.G Regione Toscana, 2005).

La prevalenza della patologia dopo i 65 anni è di 40/1.000 tra gli uomini e 30/1.000 tra le donne che, rapportata alla popolazione dell'ASL VC, porta a stimare la presenza di **1.571 residenti** affetti da scompenso cardiaco solo tra gli ultrasessantacinquenni (popolazione residente al 31.12.2015, da BDDE).

Nella stessa fascia d'età l'incidenza annua è di 11/1.000 casi tra gli uomini e 5/1.000 casi fra le donne, con un carico stimato per l'ASL VC di **345 nuovi casi/anno tra i residenti** (popolazione residente al 31.12.2015, da BDDE).

La mortalità a un anno, prevalentemente per morte improvvisa e a causa dell'aggravamento dello peggioramento dello scompenso, è del 17% per i ricoverati in ospedale e del 7% per i pazienti ambulatoriali stabili (fonte: 3° congresso mondiale sullo scompenso cardiaco, 2016).

Secondo le linee guida (LG) sullo Scompenso Cardiaco della European Society of Cardiology *“un sistema organizzato di cura specialistica dei pazienti con scompenso cardiaco migliora i sintomi e riduce le ospedalizzazioni (Classe I, livello di evidenza A) e la mortalità (Classe I, livello di evidenza C).”*

Le stesse LG puntualizzano che *“il modello ottimale di assistenza dipende dalle singole realtà locali, dalle risorse disponibili e dal fatto che il modello di assistenza sia concepito per specifici sotto-gruppi di pazienti (ad esempio gravità dello SC, età, comorbidità) o per l'intera popolazione affetta da SC cronico (Classe I, livello di evidenza C).”*

I pazienti con SC cronico possono presentare delle manifestazioni della malattia tali da rendere frequente il ricovero ospedaliero (“re-ricovero”) che, tuttavia, solo in una minoranza dei casi è appropriato. È dimostrato, infatti, che il peggioramento del quadro clinico è spesso connesso a fattori precipitanti potenzialmente prevenibili e prevedibili.

A questo proposito, questo PDTA descrive un percorso i cui elementi fondanti sono:

- l'approccio proattivo attuato dai MMG nella prevenzione, diagnosi, trattamento e gestione complessiva della malattia, mediante l'integrazione multidisciplinare delle diverse competenze, a seconda della fase di malattia e in relazione ai bisogni del paziente. In particolare, viene valorizzato l'approccio assistenziale programmato e proattivo secondo una logica prognostica e preventiva anziché semplicemente sintomatica e attendista;
- la gestione integrata tra ospedale e territorio basata sulla scelta del setting di intensità adeguata ai bisogni del paziente (ambulatorio MMG, anche presso le Case della Salute, ambulatorio specialistico ospedaliero o presso le Case della Salute; assistenza domiciliare, assistenza ospedaliera);

Questo PDTA descrive il percorso di presa in carico e gestione dei pazienti con scompenso cardiaco afferenti ai servizi dell'ASL VC.

Gli obiettivi specifici del percorso territoriale sono:

- **in ambito preventivo** individuare le persone a rischio di SC e attuare gli interventi idonei a trattare adeguatamente i fattori causali o i fattori di rischio modificabili (ipertensione arteriosa,

ASL VC	PDTA scompenso cardiaco terr (DIS.PE.2227.00)	3/35
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

ischemia miocardica, dislipidemie, diabete mellito, obesità, valvulopatie, broncopneumopatia cronica ostruttiva, ecc.);

- **nell'ambito della diagnosi precoce** individuare le persone con SC sintomatico al fine di impostare un trattamento e follow-up adeguati a ritardare la progressione della disfunzione ventricolare sinistra (DVS) a SC conclamato;
- **nell'ambito dello SC conclamato** applicare protocolli di diagnosi e cura basati sulle prove di efficacia e condivisi tra medicina generale e specialistica ospedaliera per
  - ✓ impostare la terapia adeguata;
  - ✓ prevenire le cause di instabilità (scarsa compliance alla terapia, inadeguato introito di liquidi e sale, P.A. non controllata, frequenza ventricolare troppo elevata in caso di fibrillazione atriale cronica, eccessiva attività fisica, stress psichico, influenza e malattie respiratorie da raffreddamento, ecc.);
  - ✓ verificare la stabilità clinica e riconoscere precocemente un'eventuale instabilità nel paziente già noto e, se non si tratta di instabilità grave che richiede l'ospedalizzazione, erogare il necessario trattamento a livello territoriale;
  - ✓ inviare il paziente alle strutture specialistiche appropriate in relazione alla presenza di condizioni cliniche prestabilite e condivise;
  - ✓ educare il paziente circa la natura della malattia, gli obiettivi e le modalità della terapia, lo stile di vita da seguire (abolizione del fumo, dieta, attività fisica concessa, viaggi), i controlli da effettuare, verifica e stimolo all'aderenza verso le prescrizioni terapeutiche (farmacologiche e non).
  - ✓ Individuare i pazienti con SC grave e refrattario in cui possa essere utile e preferibile un'assistenza domiciliare integrata con il supporto delle strutture specialistiche cardiologiche.

## 2. PROFESSIONISTI COINVOLTI

---

### 2.1 Il promotore

Il promotore è il Distretto dell'ASL VC.

### 2.2 Il committente

Il committente è la Direzione Generale Aziendale.

### 2.3 Il gruppo di lavoro

Il gruppo di lavoro che ha curato la stesura del presente documento è formato da:

- Cosimo LACAVA, Medico di Medicina Generale;
- Sergio MACCIÒ, Dirigente Medico SC Cardiologia;
- Rossana MONCIINO, Dirigente Farmacista SC Farmacia territoriale;
- Maria Rita RIGOLONE, Medico di Medicina Generale;
- Isabella PERUCCA, CPSE SS Qualità;
- Alberto SALIS, Specialista Ambulatoriale Convenzionato – cardiologo;
- Maria Rosa SICURANZA, CPSE Cure Domiciliari, Distretto.

### 2.4 Coordinamento del gruppo di lavoro

Sara MARCHISIO, Responsabile SS Qualità.

### 3. METODOLOGIA DI LAVORO

---

La realizzazione del presente documento recepisce le indicazioni metodologiche e le tappe fondamentali specificate nel manuale “Raccomandazioni per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici assistenziali e Profili Integrati di Cura nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte”. Per l’elaborazione del percorso è stato organizzato un gruppo di lavoro che ha sviluppato le seguenti fasi:

- analisi del percorso ideale (acquisizione letteratura di riferimento e linee guida/raccomandazioni prodotte da società scientifiche e/o da agenzie governative di alcuni Paesi);
- revisione del percorso attuale e degli scostamenti rispetto all’ideale (evidenza delle criticità locali e strategie di superamento);
- revisione delle procedure e dei protocolli attinenti al percorso;
- condivisione degli indicatori clinici e organizzativi;
- prima stesura del percorso.

La struttura Qualità ha curato la stesura definitiva del presente documento.

### 4. CAMPO DI APPLICAZIONE

---

Questo PDTA è focalizzato sulla **gestione territoriale** del paziente con SC in stretta integrazione con gli ambulatori specialistici, la degenza ospedaliera e l’area dell’emergenza-urgenza. Per la specifica gestione intraospedaliera si rimanda agli specifici protocolli vigenti a cura delle diverse strutture.

I contenuti riportati in questo documento si rivolgono in ogni caso a tutti i professionisti aziendali che a vario titolo gestiscono pazienti con SC:

- MMG;
- Cardiologi ed altri specialisti (esempio internisti, pneumologi);
- Personale infermieristico.

I criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti dal PDTA sono dettagliati più avanti nel cap. 6.

### 5. DEFINIZIONI E ACRONIMI

---

#### 5.1 Definizioni

- **PDTA (*Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale*)**: processo di gestione di una determinata patologia che comincia col sospetto diagnostico e coinvolge tutte le strutture ed i servizi permettendo la presa in carico globale del paziente ed assicurando continuità assistenziale tra le diverse componenti del PDTA stesso. Il PDTA rappresenta quindi il minimo comune denominatore di qualità assistenziale che l’Azienda è in grado di fornire al paziente, oltre ad essere uno degli strumenti che consentono alla Regione la valutazione dell’accreditamento.
- **Scompenso cardiaco (SC)**: spesso vengono etichettate come “scompenso cardiaco” situazioni di stato congestizio multifattoriale in assenza di chiara e documentata disfunzione cardiaca.

Lo SC, invece, è la **sindrome clinica che può risultare da qualunque disordine strutturale o funzionale che alteri la capacità di rilassamento e/o contrattilità dei ventricoli e/o**

**disfunzioni valvolari.** I segni e i sintomi fondamentali dello SC sono dispnea, astenia, edemi periferici e parenchimali secondari a ritenzione idro-salina. Tali manifestazioni possono determinare delle limitazioni funzionali e sulla base dell'intensità delle manifestazioni, la **gravità dello SC** viene classificata nelle seguenti classi (classi di gravità NYHA, 1964):

- Classe I = dispnea soltanto per livelli che limitano anche i soggetti normali;
- Classe II = dispnea per sforzi ordinari;
- Classe III = dispnea per sforzi meno intensi di quelli ordinari;
- Classe IV = dispnea a riposo.

Relativamente alle **fasi evolutive** dello SC vengono invece riconosciuti i seguenti stadi:

- **Stadio A:** patologie o condizioni a rischio di sviluppare SC (diabete mellito, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, trattamenti chemioterapici, altro.) in assenza di danno cardiaco strutturale o funzionale (a carico di miocardio, pericardio o strutture valvolari) e di segni e sintomi di SC;
- **stadio B:** danno strutturale miocardio asintomatico (anomalie valvolari, pregresso infarto miocardico, ipertrofia o dilatazione ventricolare, con o senza disfunzione ventricolare sinistra diastolica o sistolica);
- **stadio C:** danno strutturale miocardico associato a sintomi attuali o pregressi (dispnea o ridotta tolleranza allo sforzo);
- **stadio D:** pazienti con SC refrattario (danno strutturale miocardico avanzato con sintomi a riposo).

*\* le due classificazioni sono di utilità sia per lo screening sia per determinare fattori di rischio ed evoluzione della patologia; ciò determina l'utilizzo di trattamenti, sia diagnostici sia terapeutici, su indicazioni delle Linee Guida, che possono ridurre la morbilità e la mortalità.*

Il rapporto fra le due classificazioni è sintetizzato nella tabella che segue.

stadio		Classe NYHA	
A	Alto rischio per SC ma senza malattia cardiaca strutturale né segni o sintomi di SC	Nessuna	
B	Malattia cardiaca strutturale ma senza segni o sintomi di SC	I	Nessuna limitazione dell'attività fisica; l'attività fisica abituale non provoca sintomi di SC
C	Malattia cardiaca strutturale con precedenti o attuali sintomi di SC	I	Nessuna limitazione dell'attività fisica; l'attività fisica abituale non provoca sintomi di SC
		II	Lieve limitazione dell'attività fisica; benessere a riposo, ma l'attività fisica abituale provoca sintomi di SC
		III	Marcata limitazione dell'attività fisica; benessere a riposo, ma le attività fisiche di entità inferiore a quelle abituali provocano sintomi di SC
D	Malattia cardiaca strutturale con insufficienza cardiaca refrattaria che richiede interventi specializzati	IV	Incapacità a svolgere qualsiasi attività fisica senza sintomi di SC o sintomi di SC presenti a riposo

Riferimenti:

Remme WJ, Swedberg K; Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure, European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. Eur Heart J 2001;22:1527-1560

New Zealand Heart Foundation A.ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure, 2013 <http://www.nzgg.org.nz/>;

The National Collaborative C center for Chronic Conditions NICE Guideline Chronic Heart Failure <http://www.nice.org.uk/>

## 5.2 Acronimi

- **ADI:** Assistenza domiciliare Integrata
- **ADP:** Assistenza domiciliare programmata
- **BNP:** peptide natriuretico atriale, può avere una rilevanza notevole nell'assistere il clinico non solo nella diagnosi ma anche nel monitoraggio e nel trattamento dello SC.
- **DEA:** Dipartimento Emergenza Accettazione
- **DVS:** disfunzione ventricolare sinistra
- **EV:** endovena

- **FA:** fibrillazione atriale
- **FVM:** frequenza ventricolare media
- **GFR:** velocità di filtrazione glomerulare
- **IMA:** infarto miocardio acuto
- **MMG:** Medico Medicina Generale.
- **NYHA:** New York Heart Association sistema di classificazione che quantifica il grado di limitazione funzionale dello SC
- **OBI:** Osservazione Breve Intensiva
- **PA:** pressione arteriosa
- **SC:** Scompenso Cardiaco
- **SX-DX:** sinistra, destra
- **SUSS:** Sportello Unico Socio Assistenziale
- **UVM:** Unità di Valutazione Multidimensionale
- **UVG:** Unità di Valutazione Geriatrica

## 6. CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE DEI PAZIENTI

---

### 6.1 Criteri di inclusione

Sono inclusi nel percorso:

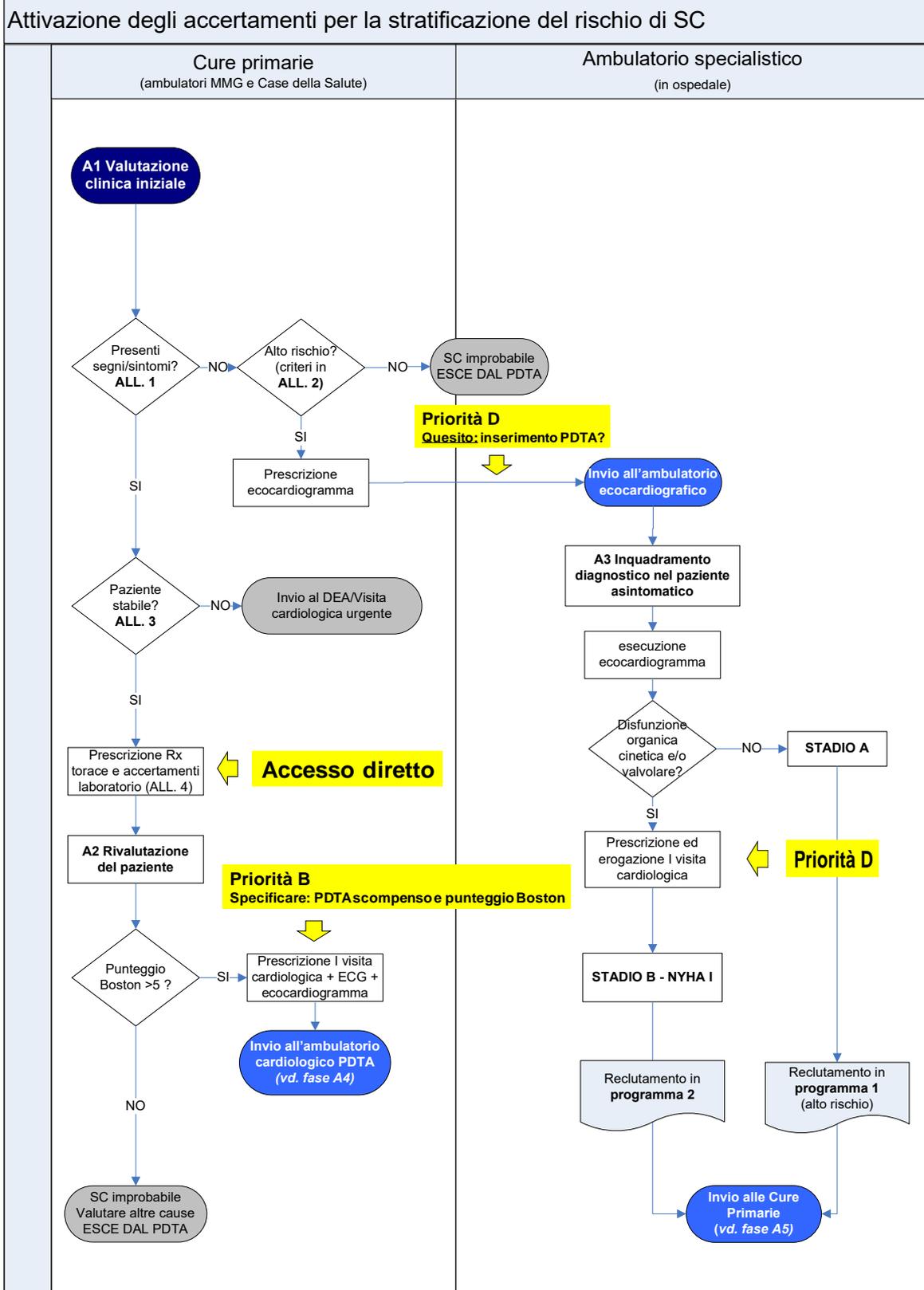
- i pazienti adulti a rischio di sviluppare SC (vd. stadio A delle fasi evolutive), ovunque residenti, che giungono all'osservazione dei MMG o dei cardiologi ospedalieri e convenzionati;
- i pazienti adulti con segni/sintomi sospetti per SC;
- i pazienti adulti con diagnosi di SC documentata.

### 6.2 Criteri di esclusione

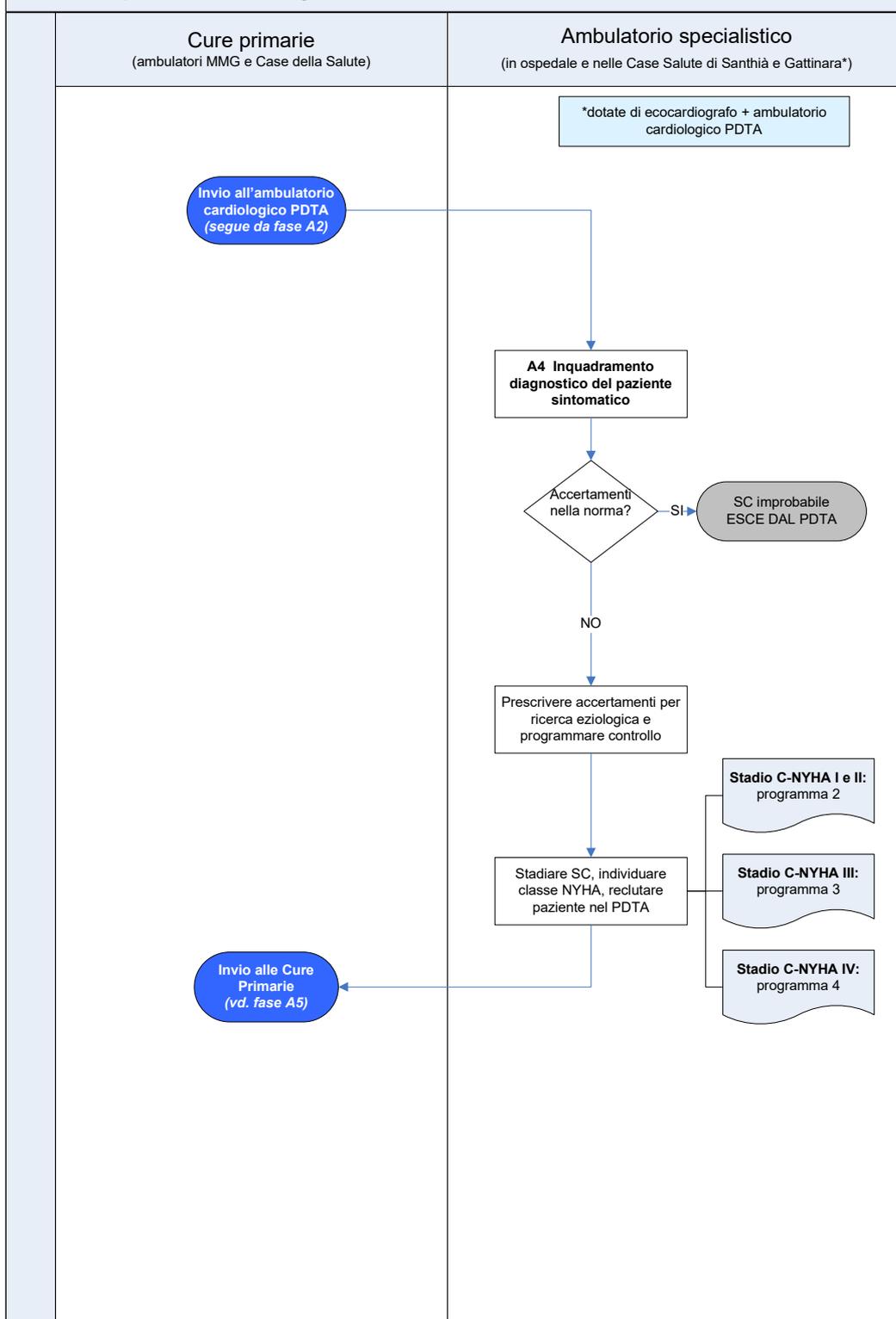
Sono esclusi dal percorso:

- i pazienti con SC di età <14 anni sia perché le cause sottostanti allo SC differiscono da quelle dell'adulto, sia perché allo stato attuale non sono disponibili prove di efficacia su trattamenti effettuati in tale popolazione (trial clinici controllati. Fonte SNLG, 2017).

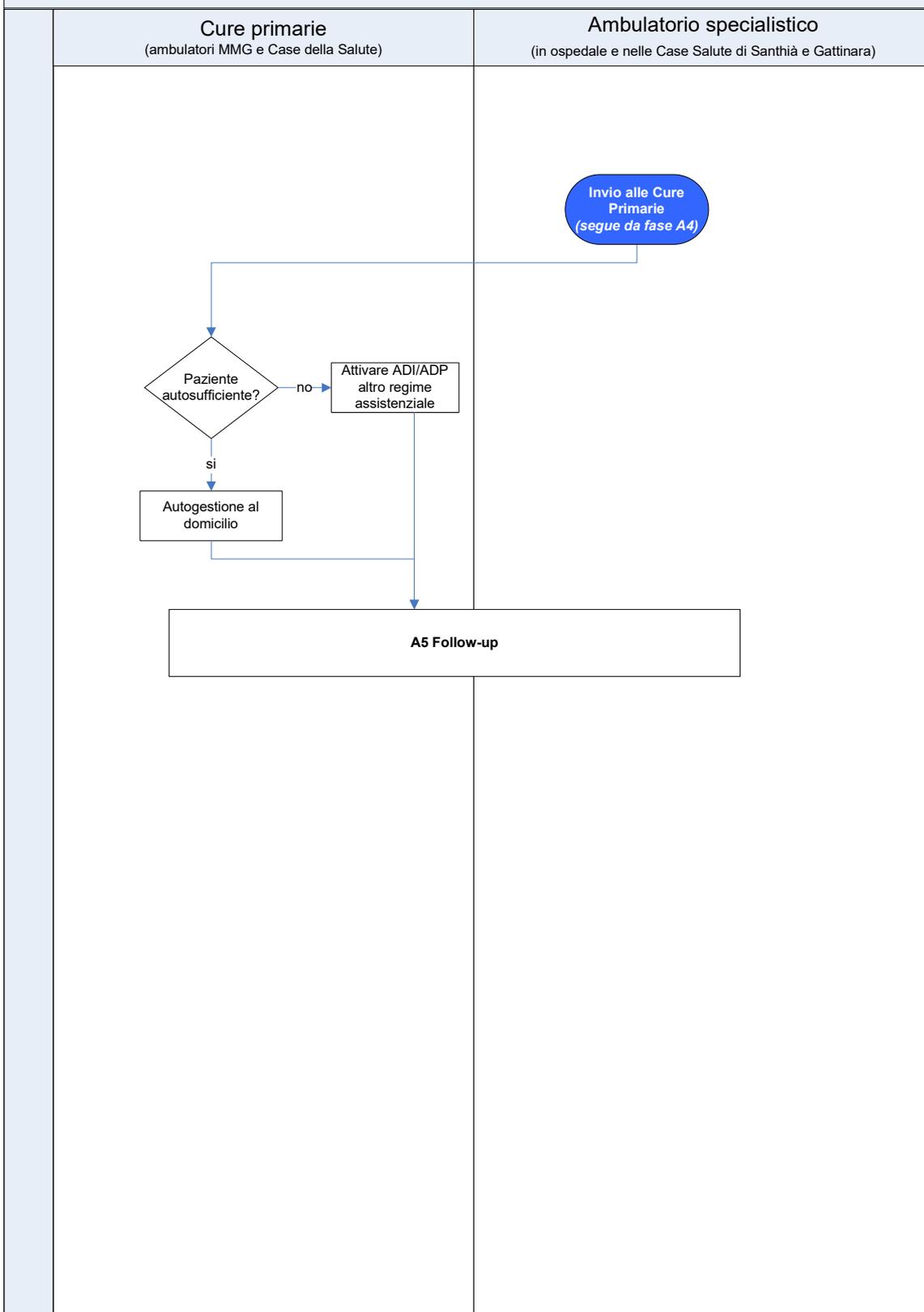
## 7. RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEL PDTA AZIENDALE



(continua) Inquadramento diagnostico (segue)



(continua) Follow-up



A seconda dello stadio e della classe NYHA, il paziente viene arruolato nel percorso ed indirizzato ad uno specifico programma terapeutico e di follow-up.

Il setting di erogazione delle prestazioni, riportato a titolo indicativo nella pagina seguente, dipende dalla stabilità delle condizioni cliniche e dal livello di autosufficienza del paziente. Maggiore è l'instabilità clinica e maggiore sarà l'incremento l'intensità di cure/monitoraggio (autogestione domiciliare ► DEA/degenza ospedaliera). Maggiore è la non autosufficienza del paziente e maggiore sarà il bisogno di istituzionalizzazione (autogestione domiciliare ► RSA ).

Tipologia di paziente	LIVELLO DI GESTIONE/INTERVENTO PREVALENTE	PROGRAMMA	AZIONI	Responsabile	NOTE
<b>Asintomatico alto rischio (stadio A)</b>	<u>LIVELLO BASE</u> L'intervento prevalente è rappresentato dalla prevenzione primaria e dal controllo dei fattori di rischio, in cui il ruolo chiave è svolto dagli infermieri territoriali in raccordo con MMG e specialisti.  Sede di erogazione delle prestazioni: ambulatori MMG/ Case della Salute	<b>1</b> (vd. dettagli all. 5)	Identificazione dei soggetti esposti	MMG	STADIO A: fattori di rischio (ipertensione e/o diabete mellito, obesità) Situazioni cliniche (insufficienza renale cronica, aterosclerosi polidistrettuale, assunzione prolungata di farmaci cardiotossici o radioterapia, familiarità per cardiomiopatia)
			Esecuzione screening nutrizionale	Infermiere	Scheda MST (Allegato 9)
			Screening ecocardiografico	Cardiologo	
			Prevenzione primaria e controllo dei fattori di rischio	MMG - Infermiere	Consulenza specialistica nei pazienti con problematiche rilevanti e complesse, non adeguatamente controllate dagli interventi di primo livello
			Valutazione grado autosufficienza	MMG	Nei casi in cui il paziente non possa accedere all'ambulatorio o in presenza di problemi socio-assistenziali il paziente viene assistito in regime di ADP/ADI con supporto infermieristico, specialistico e, nei casi indicati, sociale
<b>Asintomatico con malattia cardiaca strutturale (stadio B) e Oligosintomatico (stadio C, classe NYHA I-II stabile)</b>	<u>LIVELLO INTERMEDIO 1</u> I pazienti presentano una presa in carico da parte dei MMG integrata con gli infermieri territoriali. I cardiologi svolgono il ruolo di consulenti che intervengono su quesito specifico.  Sede di erogazione delle prestazioni: Case della Salute/ambulatori MMG	<b>2</b> (vd. dettagli all. 5)	Pianificazione terapia e follow-up	MMG - Infermiere	Controlli secondo piano assistenziale (vd. all. 5)
				Cardiologo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Esegue esami strumentali</li> <li>▪ Interviene in caso di peggioramento clinico</li> </ul>
				Dietista	Interviene su richiesta del MMG per trattare l'eventuale stato di malnutrizione (in eccesso o in difetto)
			Valutazione grado autosufficienza	MMG	Nei casi in cui il paziente non possa accedere all'ambulatorio o in presenza di problemi socio-assistenziali il paziente viene assistito in regime di ADP/ADI con supporto infermieristico, specialistico e, nei casi indicati, sociale
<b>Sintomatico (stadio C, classe NYHA III stabile)</b>	<u>LIVELLO INTERMEDIO 2</u> La presa in carico è prevalentemente medica da parte del MMG. I cardiologi svolgono il ruolo di consulenti che intervengono su quesito specifico.  Sede di erogazione delle prestazioni: Case della Salute/ambulatori MMG	<b>3</b> (vd. dettagli all. 5)	Pianificazione terapia e follow-up	MMG - Infermiere	Controlli secondo piano assistenziale (vd. all. 5)
				Cardiologo	Particolare attenzione alla prevenzione e riconoscimento delle cause di instabilizzazione
				Dietista	Interviene su richiesta del MMG per trattare l'eventuale stato di malnutrizione (in eccesso o in difetto)
			Valutazione grado autosufficienza	MMG	Nei casi in cui il paziente non possa accedere all'ambulatorio o in presenza di problemi socio-assistenziali il paziente viene assistito in regime di ADP/ADI con supporto

Tipologia di paziente	LIVELLO DI GESTIONE/INTERVENTO PREVALENTE	PROGRAMMA	AZIONI	Responsabile	NOTE
<b>Sintomatico complesso (Stadio D - classe NYHA III instabile e NYHA IV)</b>	<u>LIVELLO AVANZATO (MMG/cardiologo)</u> La presa in carico è prevalentemente medica da parte degli specialisti (in raccordo con MMG al momento dell'invio al domicilio).  <u>Sede di erogazione delle prestazioni:</u> ambulatori/reparti specialistici/domicilio/residenzialità	<b>4</b> (vd. dettagli all. 5)	Valutazione grado autosufficienza	MMG	infermieristico, specialistico e, nei casi indicati, sociale  Nei casi in cui il paziente non possa accedere all'ambulatorio o in presenza di problemi socio-assistenziali il paziente viene assistito in regime di ADP/ADI con supporto infermieristico, specialistico e, nei casi indicati, sociale.  NOTA: L'accesso alla prestazione specialistica avviene presso gli ambulatori cardiologici dell'Ospedale S. Andrea, dell'Ospedale di Borgosesia, della Casa della Salute di Santhià o della Casa della Salute di Gattinara.
			Pianificazione terapia e follow-up	MMG - Infermiere	Controlli ad elevata personalizzazione (vd. all. 5)
				Cardiologo	Particolare attenzione alla prevenzione e riconoscimento delle cause di instabilizzazione
				Dietista	Interviene su richiesta del MMG per trattare l'eventuale stato di malnutrizione (in eccesso o in difetto)

LEGENDA:

- stadio A: pazienti a rischio di scompenso cardiaco ma senza alterazioni strutturali cardiache o fattori di rischio tra cui ipertensione arteriosa, diabete mellito, obesità, insufficienza renale cronica, aterosclerosi polidistrettuale, assunzione prolungata di farmaci cardiotossici o radioterapia, familiarità per cardiomiopatia;
- stadio B: pazienti con alterazioni strutturali cardiache senza sintomi di scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa con danno d'organo, diabete mellito complicato, insufficienza renale cronica severa, pregresso infarto miocardico, malattia valvolare emodinamicamente rilevante (classe NYHA I, II)
- stadio C: pazienti con alterazioni strutturali cardiache e sintomi di scompenso cardiaco che rispondono al trattamento terapeutico, classe NYHA III stabile;
- stadio D: pazienti con SC grave che necessitano di particolari trattamenti intraospedalieri; instabilità classe NYHA III instabile e classe NYHA IV.

## 8. MATRICE DELLE ATTIVITÀ.

Fase	Attività	Responsabile/modalità di accesso/tempi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
A1	Valutazione clinica iniziale	<p><b>Responsabile:</b> MMG</p> <p><b>Modalità accesso:</b> accesso diretto all'ambulatorio MMG (privato o Casa salute)</p> <p><b>Tempi:</b> erogazione immediata</p> <p><b>Finalità:</b> per indirizzare precocemente il paziente agli accertamenti e inquadrare correttamente lo scompenso e conseguentemente monitorare l'andamento della patologia.</p>	<p><b>MMG:</b> Anamnesi ed esame obiettivo con particolare riguardo alla valutazione di segni e sintomi (ALL. 1) e alla ricerca dei fattori di alto rischio (ALL. 2).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Nel paziente asintomatico senza fattori di alto rischio:</u> nessuna prescrizione nell'ambito del PDTA</li> <li>▪ <u>Nel paziente asintomatico con fattori di alto rischio:</u> prescrizione ecocardiogramma priorità D</li> <li>▪ <u>Nel paziente sintomatico stabile:</u> prescrizione Rx torace standard e accertamenti ematici (ALL. 4).</li> <li>▪ <u>Nel paziente sintomatico instabile</u> (vd. criteri instabilità, ALL. 3): invio al DEA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prescrizione dematerializzata eventuali accertamenti necessari</li> <li>▪ Cartella clinica MMG compilata con i parametri minimi richiesti per la valutazione iniziale dei pazienti con sospetto SC o ad alto rischio per SC (ALL. 6)</li> </ul>
A2	Rivalutazione del paziente	<p><b>Responsabile:</b> MMG</p> <p><b>Modalità accesso:</b> accesso diretto all'ambulatorio MMG (privato o Casa salute)</p> <p><b>Tempi:</b> erogazione immediata, a fronte degli esiti degli accertamenti richiesti in fase A1</p> <p><b>Finalità:</b> rivalutare il <u>paziente sintomatico stabile</u> a cui sono stati prescritti Rx torace e accertamenti (vd. fase 1) per l'eventuale invio al Cardiologo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Valutazione esito Rx torace, esiti referti di laboratorio e ivalutazione del paziente secondo criteri di Boston (ALL. 1).</li> </ul> <p><u>In presenza di punteggio sec. Boston &gt;5:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ prescrivere visita cardiologica + ECG + ecocardiogramma come da ALL. 4 per sospetto SC;</li> <li>▪ inviare il paziente al CUP per la prenotazione delle prestazioni;</li> </ul> <p><u>Se punteggio sec. Boston &lt;5</u> la diagnosi di SC è improbabile: valutare altre cause</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prescrizione dematerializzata eventuali ed ulteriori accertamenti necessari</li> <li>▪ Cartella clinica MMG compilata con dati clinici e punteggio di Boston se paziente con sospetto SC</li> </ul>
A3	<p><b>Approfondimento diagnostico in paziente asintomatico</b></p> <p><u>Setting</u> Ambulatorio specialistico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ospedale Vercelli</li> <li>▪ Ospedale Borgosesia</li> </ul>	<p><b>Responsabile:</b> Cardiologo/Infermiere</p> <p><b>Modalità accesso:</b> accesso con prenotazione al CUP su presentazione richiesta visita specialistica.</p> <p><b>Tempi:</b> D, entro 60 giorni se richiesto solo Ecocardiogramma; D entro 30 giorni se richiesta visita + ecocardio</p> <p><b>Finalità:</b> validazione della presenza di eventuale danno strutturale, e impostazione dello schema terapeutico/raccomandazioni comportamentali.</p>	<p><b>Cardiologo:</b> Anamnesi breve, esame obiettivo breve Ecocardiogramma nei casi indicati (vd. all. 4 e all. 5) Valutazione del profilo di rischio del paziente e stadiazione Richiesta eventuali ed ulteriori accertamenti Informazione al paziente in merito al percorso previsto e allo specifico programma di cura e follow-up proposto Acquisizione consenso al "patto di salute/adesione al PDTA con indicazione del case manager</p> <p><b>Infermiere:</b> Valutazione infermieristica (in previsione: stesura moduli doc sanitaria, seguendo le indicazioni del profilo di rischio individuato dal cardiologo, che in un prossimo futuro verranno informatizzati ed integrati con la componente medica). Informazione e formazione del paziente e del caregiver relativo ai corretti stili di vita. Educazione terapeutica. Integrazione per la stesura del Piani Assistenziale individuale (PAI) con il case manager.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reclutamento del paziente se stadio A (consenso al PDTA/patto di salute – registrazione)</li> <li>▪ Referto redatto su Ambweb e consegnato al paziente in originale firmato con indicazione della stadiazione e del programma di follow-up proposto;</li> <li>▪ Prescrizione eventuali ed ulteriori accertamenti</li> <li>▪ Opuscolo informativo raccomandazioni comportamentali</li> </ul>

Fase	Attività	Responsabile/modalità di accesso/tempi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
<b>A4</b>	<p><b>Approfondimento diagnostico in paziente sintomatico</b></p> <p>Sede:</p> <p>Ambulatorio Cardiologico PDTA presso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ospedale Vercelli e</li> <li>▪ Ospedale di Borgosesia</li> <li>▪ Case della Salute (Santhià, Gattinara)</li> </ul>	<p><b>Responsabile:</b> Cardiologo/Infermiere</p> <p><b>Modalità accesso:</b> accesso all'ambulatorio PDTA scopenso con prenotazione al CUP su presentazione richiesta visita specialistica.</p> <p><b>Tempi:</b> Classe NYHA III-priorità B (entro 10 giorni)</p> <p><b>Finalità:</b> inquadramento diagnostico dei nuovi casi e impostazione dello schema terapeutico.</p>	<p><b>Infermiere:</b></p> <p>Se paziente reclutato nel PDTA:  Valutazione nutrizionale (scheda MST)  Compilazione la documentazione infermieristica al fine di determinare i bisogni socio-assistenziali  Erogazione indicazioni per un corretto stile di vita e consegna opuscolo informativo (vedi allegato)  Somministrazione questionario qualità di vita al baseline</p> <p><b>Cardiologo:</b></p> <p>Anamnesi, esame obiettivo  Esecuzione ECG  Ecocardiogramma nei casi indicati (vd. all. 4 e all. 5)  Valutazione del profilo di rischio del paziente e stadiazione  Richiesta eventuali ed ulteriori accertamenti  Informazione al paziente in merito al percorso previsto e allo specifico programma di cura e follow-up proposto  Acquisizione consenso al "patto di salute"/adesione al PDTA con indicazione del case manager  Impostazione Piano Individuale del Paziente (terapia, ricetta per "pacchetti", follow-up periodico -vd. all. 5) e trasmissione alla Casa della Salute di riferimento per la programmazione del follow-up  Compilazione certificato per esenzione patologia in caso di classe NYHA III o IV (cod. esenzione 021.428 Insufficienza cardiaca classe NYHA III o IV) – all. 8</p> <p>* Inquadramento clinico con classificazione funzionale NYHA, stadio evoluzione malattia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reclutamento del paziente da stadio B a D (consenso al PDTA/patto di salute – registrazione)</li> <li>▪ Referto redatto su Ambweb / Pc-Care in Cardiologia e consegnato al paziente in originale firmato;</li> <li>▪ Scheda MST (allegato 9)</li> <li>▪ Prescrizione eventuali ed ulteriori accertamenti</li> <li>▪ Prescrizioni farmacologiche (richieste precompilate con "pacchetti farmaci" da consegnare direttamente alla Farmacia territoriale)</li> <li>▪ Opuscolo informativo raccomandazioni comportamentali</li> <li>▪ Certificato per Esenzione per patologia</li> </ul>

Fase	Attività	Responsabile/modalità di accesso/tempi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
<b>A5</b>	Programmazione ed effettuazione Follow-up  Sede: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ambulatori MMG</li> <li>▪ Case della Salute (Santhià, Gattinara, Varallo): ambulatorio MMG/ambulatorio infermieristico/ambulatorio cardiologico</li> <li>▪ Ospedale Vercelli e Borgosesia</li> </ul>	<b>Responsabile:</b> case manager (MMG/cardiologo/infermiere a seconda dello stadio e della classe NYHA) <b>Modalità di accesso:</b> mediante programmazione del case manager (supporto personale amministrativo) <b>Tempi:</b> come da piano individuale e in relazione alla stabilità delle condizioni <b>Finalità:</b> per monitorare l'andamento dello scompenso, prevenire l'aggravamento della sintomatologia, ridurre i ricoveri ospedalieri, ridurre la mortalità.	<b><u>PRIMA DEL FOLLOW-UP</u></b>  <b>Personale amministrativo</b> Prenotazione accertamenti/visita come da Piano Individuale del paziente Chiamata del paziente per comunicazione data e ora appuntamenti  <b><u>AL FOLLOW-UP</u></b>  <b>Infermiere di Comunità:</b> Attività assistenziali come da programma di follow-up Compilazione documentazione sanitaria Raccordo con Case manager e altri professionisti  <b>MMG:</b> Valutazione livello di autosufficienza ed eventuale necessità di attivazione ADI/ADP, valutazione UVG, Servizio Sociale aziendale, ecc. Valutazione clinica come da programma di follow-up Aggiornamento Piano Individuale Segnalazione al SUSS eventuali condizioni di fragilità Valutazione qualità di vita (SF-12)  <b>Cardiologo, ove previsto dal follow-up:</b> Valutazione clinica ed esecuzione esami strumentali come da programma di follow-up Aggiornamento Piano Individuale Segnalazione al SUSS eventuali condizioni di fragilità  <b>Consulenza dietetica, ove attivata</b> in presenza di bisogni nutrizionali precedentemente rilevati.  <b>Altre consulenze, ove attivate</b> in relazione ai bisogni del paziente precedentemente rilevati.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prescrizioni dematerializzate di accertamenti/visite</li> <li>▪ Referti ambulatoriali (attività medica e infermieristica)</li> <li>▪ Piano Individuale aggiornato</li> <li>▪ Segnalazione allo Sportello Unico Sociosanitario eventuale paziente fragile</li> <li>▪ Questionario qualità di vita compilato (SF-12)</li> </ul>

## 9. VALUTAZIONE DEL PERCORSO

Per valutare l'efficacia e l'efficienza del profilo si fa riferimento agli indicatori di seguito riportati:

Nome dell'indicatore	Formula	Atteso	Riferimento normativo/ bibliografico	Struttura
Mortalità a 30 giorni dalla dimissione ospedaliera	(N° ricoveri con diagnosi di SC deceduti entro 30 giorni dalla data di ricovero/ N° ricoveri con diagnosi SC)*100 <i>(% grezza – rilevazione annuale)</i>	≤11,08% <i>Utilizzato come riferimento il valore medio nazionale PNE 2016</i>	PNE 2016	SS Qualità (accesso al portale PNE)
Riammissione ospedaliera a 30 giorni dalla dimissione	(N° ricoveri con diagnosi SC riammessi in ospedale dalla data di dimissione/N° ricoveri con diagnosi SC)*100 <i>(% adj – rilevazione annuale)</i>	≤10,78% <i>Utilizzato come riferimento il valore corrispondente alla miglior performance aziendale dell'ASL VC avendo rilevato la presenza di un effetto protettivo rispetto alla media nazionale (PNE 216)</i>	PNE 2016	SS Qualità (accesso al portale PNE)
Percentuale di pazienti esenti per scompenso cardiaco stadiati	(N° pazienti con codice esenzione compatibile con scompenso cardiaco con stadiazione e classe NYHA documentata nella cartella clinica del MMG/tot. pazienti con codice esenzione compatibile con scompenso cardiaco)*100	≥50% a 1 anno dall'avvio del PDTA ≥75% a 2 anni dall'avvio del PDTA ≥90% a 3 anni dall'avvio del PDTA	<i>Ad hoc</i>	GL mediante audit clinico
Percentuale di pazienti con Scompenso Cardiaco con valutazione della funzione sistolica	(N° pazienti con scompenso cardiaco in cui risulta valutata la FE/tot. pazienti con scompenso cardiaco reclutati nel PDTA)*100	≥80%	Key performance and outcome indicators for heart failure, 2014 Institute for Clinical Evaluative Sciences	GL mediante audit clinico
Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco che hanno effettuato il follow-up previsto	(N° pazienti con scompenso cardiaco in cui risulta effettuato il follow-up come da Piano di Cura - vd. ALL. 4/tot. pazienti con scompenso cardiaco reclutati nel PDTA)*100	≥80%	<i>Ad hoc</i>	GL mediante audit clinico

## 10. MODALITÀ DI DIFFUSIONE INTERNA ED ESTERNA

Una volta approvato dal gruppo multidisciplinare, il percorso sarà recepito dalla Direzione Generale, e pubblicato sulla intranet aziendale a cura della struttura Qualità.

Il Distretto provvederà alla diffusione del percorso alle strutture aziendali interessate e ai MMG per il tramite del Direttore di Distretto.

## 11. GOVERNO E MANUTENZIONE DEL PROFILO

---

Il Distretto assume il governo del PDTA con una sua revisione periodica (ogni tre anni, salvo eventuali e necessarie anticipazioni di aggiornamento).

Il Direttore di Distretto verifica l'attuazione del percorso attraverso il monitoraggio degli indicatori identificati nel § 9. Dopo una prima verifica ed un primo riesame il percorso verrà validato con riesami annuali, attraverso l'analisi degli indicatori o l'evoluzione delle linee guida di riferimento e, se sarà necessario, si porteranno le opportune modifiche.

## 12. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

---

- Per la gestione clinica, le figure coinvolte e il modello organizzativo:
  - Sistema Nazionale Linee Guida. Regione Toscana: "Diagnosi e cura dello scompenso cardiaco", Aggiornamento 2017.
  - Regione Piemonte, ARESS, 2009. Profilo integrato di cura dello scompenso cardiaco.
  - Piano nazionale della Cronicità. Conferenza Stato-Regioni, 15 settembre 2016.
- Per la gestione clinica: European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J, 2016.
- Per l'impostazione metodologica del percorso: ARESS. Raccomandazioni per la costruzione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) e profili Integrati di cura (PIC) nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, 2007.
- Per l'erogazione delle attività nelle Case della Salute: DGR 3-42-87 del 29.6.2015. Interventi regionali e linee d'indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute."
- Per l'erogazione delle attività nelle Case della Salute Case della Salute: DD 438 del 30.6.2017 "D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016. Accertamento di € 8.000.000,00 sul cap16575/2017. Impegno di € 8.000.000,00 sul cap. 157813 del bilancio per l'esercizio finanziario 2017 a favore delle ASL della Regione Piemonte per avvio sperimentazione regionale delle Case della Salute (CS). Validazione progetti ASL e indirizzi per l'avvio e il monitoraggio della sperimentazione."
- ASL VC: Percorso clinico dello scompenso cardiaco, 2006 (P.I.0144.00).doc – IN REVISIONE/INTEGRAZIONE CON IL PRESENTE DOCUMENTO
- ASL VC: Scompenso cardiaco in OBI, 2011 (DEA:PO:0766.00).doc-IN REVISIONE /INTEGRAZIONE CON IL PRESENTE DOCUMENTO

## 13. STORIA DELLE MODIFICHE

---

REV	Data	Descrizione delle modifiche
00	GENNAIO 2018	Prima emissione.

## ALLEGATO 1 – Segni e sintomi di SC

Per formulare il sospetto di scompenso cardiaco è indispensabile il riscontro di uno o più dei seguenti sintomi

### SINTOMI DI CONGESTIONE, BASSA PORTATA E IPERATTIVITÀ SIMAPTICA

Dispnea da sforzo e/o a riposo, ortopnea, dispnea parossistica notturna, nicturia, oliguria, stanchezza e facile affaticabilità, palpitazioni

### SEGNI CLINICI DI CONGESTIONE

Pressione venosa giugulare aumentata, rumori da stasi polmonare, edemi declivi, epatomegalia, versamenti pleurici e/o ascite, pallore, cianosi fredda della cute e mucose, sudorazione, tachicardia

Diagnosi clinica (criteri di Framingham: presenza di 2 criteri maggiori oppure 1 criterio maggiore +2 minori)	
Criteri maggiori	Criteri minori
Sintomi: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Dispnea parossistica notturna</li><li>▪ Ortopnea</li><li>▪ Cardiopalmo</li></ul> Segni: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Turgore giugulare</li><li>▪ Rantoli crepitanti</li><li>▪ Cardiomegalia</li><li>▪ III tono</li><li>▪ Reflusso epato-giugulare</li></ul>	Sintomi: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tosse notturna</li><li>▪ Dispnea da sforzo</li></ul> Segni: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Edemi declivi</li><li>▪ Tachicardia</li><li>▪ Epatomegalia</li><li>▪ idrotorace</li></ul>

Tuttavia, la sensibilità di ciascuno di questi segni/sintomi nell'identificare i veri casi di scompenso cardiaco è bassa e possono essere dovuti a molte altre cause di più frequente riscontro nella pratica della Medicina Generale.

Pertanto, in presenza di uno più dei segni/sintomi sopra indicati, è raccomandato di applicare i criteri di Boston al fine di migliorare l'affidabilità e la riproducibilità della diagnosi di scompenso cardiaco nonché delle successive decisioni cliniche (*Carlson KJ, Lee DCL, Goroll AH et al. An analysis of physicians' reasons for prescribing long-term digitalis therapy in outpatients. J Chron Dis 1985; 38:733-739*).

Tali criteri diagnostici, validati in studi epidemiologici di larga scala, richiedono soltanto l'esecuzione di una breve anamnesi con esame obiettivo e di una radiografia standard del torace.

CRITERI DI BOSTON	
CATEGORIE CLINICHE	PUNTEGGIO
CATEGORIA I: ANAMNESI	
Dispnea a riposo	4 punti
Ortopnea	4 punti
Dispnea parossistica notturna	3 punti
Dispnea camminando in piano	2 punti
Dispnea camminando in salita	1 punto
CATEGORIA II: ESAME OBIETTIVO	
Frequenza cardiaca: 91-110	1 punto
Frequenza cardiaca > 110	2 punti
Turgore giugulare	2 punti
Turgore giugulare + epatomegalia o edemi agli arti inferiori	3 punti
Rantoli polmonari al 1/3 inferiore dei campi polmonari	1 punto
Rantoli polmonari oltre al 1/3 inferiore dei campi polmonari	2 punti

<b>CRITERI DI BOSTON</b>	
<b>CATEGORIE CLINICHE</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
Gemiti o sibili	3 punti
Terzo tono cardiaco (S3)	4 punti
<b>CATEGORIA III: RX TORACE</b>	
Edema polmonare alveolare	4 punti
Edema polmonare interstiziale	3 punti
Versamento pleurico bilaterale	3 punti
Indice cardiotoracico $\geq 0,50$	3 punti
Redistribuzione apicale del circolo polmonare	2 punti

*N.B.: Non sono concessi più di 4 punti per ciascuna categoria.*

### **DIAGNOSI:**

scompenso cardiaco definito = 8-12 punti;  
scompenso cardiaco possibile = 5-7 punti;  
scompenso cardiaco improbabile = < 5 punti.

## ALLEGATO 2 – Fattori di Alto rischio per Scompenso Cardiaco

---

**Stadio A:** patologie o condizioni a rischio di sviluppare SC (diabete mellito, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, trattamenti chemioterapici, altro.) in assenza di segni e sintomi di SC.

## ALLEGATO 3 – Criteri di stabilità/instabilità

---

### CRITERI DI STABILITÀ CLINICA A FAVORE DELLA GESTIONE DOMICILIARE

Un paziente con SC è considerato “stabile” se presenta le seguenti condizioni:

- nessuna evidenza di congestione (assenza di ortopnea o edema)
- assenza di angina o presenza di angina stabile da sforzo
- assenza di sincope o di aritmie ricorrenti
- bilancio dei liquidi stabile con aumento della dose di diuretici non più spesso di una volta la settimana
- pressione sistolica >80 mmHg, assenza di sintomi da ipotensione ortostatica
- nello SC diastolico controllo dell'ipertensione
- frequenza cardiaca sinusale <85 bpm a riposo o in fibrillazione atriale <85 a riposo o <110 con attività di routine
- funzione renale stabile
- controllo dell'iperglicemia in pazienti diabetici senza episodi di ipoglicemia
- assenza di anemia rilevante
- capacità di attività uguale o migliorata dall'ultima visita
- controllo e stabilità asma/BPCO.

### Criteri di attivazione dell'ADI/ADP

I pazienti per cui è indicata l'attivazione dell'ADI/ADP rientrano nella tipologia di “pazienti fragili” e presentano le seguenti caratteristiche:

- classe NYHA avanzata (NYHA IV)
- polipatologia
- scarsa capacità funzionale
- impossibilità a deambulare
- deterioramento cognitivo e problemi socio-ambientali
- presenza di un care giver.

Il paziente viene assistito in regime di ADP o ADI con supporto al MMG del monitoraggio infermieristico. È prevista la possibilità di terapia infusiva di diuretici per via endovenosa attuata dall'infermiere e di intervento nutrizionale adeguato per prevenire e gestire la cachessia cardiaca.

Accertamenti indicati: prelievi ematici per emocromo, creatinina, GFR, Elettroliti, magnesio, NTpro BNP, eventuale digossinemia, TSH, sideremia, monitoraggio peso e diuresi.

L'assenza di un care giver in presenza delle caratteristiche sopra individuate depone per l'istituzionalizzazione del paziente (RSA).

### CRITERI DI INSTABILITÀ CLINICA A FAVORE DELL'INVIO IN OSPEDALE

#### 1) Invio in DEA

- edema polmonare acuto
- tachi o bradiaritmia sintomatica
- ipotensione arteriosa persistente e sintomatica o comunque PAS<75 mmHg
- disturbi mentali attribuibili a ipoperfusione cerebrale

- comparsa/aggravamento di malattie extracardiache concomitanti aggravanti lo scompenso
- classe NYHA III non preesistente in paziente con o senza storia di cardiopatia preesistente o di ipertensione arteriosa;
- classe NYHA IV non preesistente in paziente con o senza storia di cardiopatia preesistente o di ipertensione arteriosa;
- classe NYHA III o IV con conseguente grave limitazione dell'attività quotidiana, oppure anasarca o severi edemi declivi con segni gravi di congestione venosa (turgore giugulare, epatomegalia), nonostante la terapia orale condotta, alle massime dosi tollerate, con ACE inibitori, diuretici e digitalici

## 2) Visita cardiologica urgente

- danno d'organo correlato con lo scompenso: oligo-anuria o comparsa-peggioramento di insufficienza renale con creatininemia  $\geq 2,5$  mg/dl o aumentata di 2 volte, comparsa o peggioramento iponatremia ( $\leq 130$  mEq/L)
- aritmie sintomatiche con elevata frequenza cardiaca a riposo ( $>130$ /min) o con bassa frequenza cardiaca ( $<50$ /min).

## ALLEGATO 4 – Accertamenti diagnostici

Esami ematochimici e strumentali per l'inquadramento iniziale dello SC	Codice catalogo regionale	Razionale	QUANDO	PRESCRITTORE
RX torace (2 proiezioni)	87.44.1	Può essere di valore limitato nella diagnosi di SC Può evidenziare alterazioni suggestive di SC Può identificare patologia polmonare primitiva	Nella valutazione clinica iniziale per individuare i pazienti sintomatici da inviare all'approfondimento diagnostico specialistico	MMG
Prelievo sangue venoso	91.49.2	-		
emocromo	90.62.2	Un'anemia può esacerbare o precipitare lo SC		
elettroliti sierici: potassio sodio calcio magnesio	90.37.4 90.40.4 90.11.4 90.32.5	Un'ipokaliemia, comune in corso di terapia diuretica, può promuovere la tossicità digitalica. Un'iponatremia è frequente in corso di terapia diuretica		
colesterolo HDL trigliceridi glicemia	90.14.3 90.14.1 90.43.2 90.27.1	Fattori di rischio metabolici		
Creatininemia+ GFR	90.16.3	Un'insufficienza renale può confondere la diagnosi di SC. Lo SC può compromettere la funzione renale. La terapia con ACE-inibitori impone il monitoraggio della funzionalità renale.		
ALT GGT Bilirubinemia	90.04.5 90.25.5 90.10.4	Significato prognostico. Fegato da stasi. Cardiomiopatia da abuso di alcol.		
Albuminemia	90.05.1	Bassa in corso di sindrome nefrosica o insufficienza epatica		
TSH reflex	90.42.09	Un'alterata funzione tiroidea può esacerbare o precipitare lo scompenso cardiaco		
Dosaggio NTpro-BPN	90.21.B	Da richiedere nei soggetti ad alto rischio per selezionare quelli da sottoporre ad ecocardiografia		
ECG (12 derivazioni)	89.52	Raro il riscontro di un ECG normale nello SC da disfunzione ventricolare sinistra Utile nell'orientamento eziologico dello scompenso cardiaco Non fornisce informazioni sulla contrattilità cardiaca	Dopo la valutazione clinica iniziale, in presenza di un punteggio sec. Boston >5	MMG
Visita cardiologica (prima visita)	897.01	Valutazione specialistica per diagnosi e stadiazione		
Ecocardiogramma	88.72.6	Da eseguirsi, se possibile, in tutti i pazienti con fondato sospetto di SC di nuova insorgenza		

## Valutazioni routinarie per la diagnosi di scompenso cardiaco

	Necessario per la diagnosi	Supporta la diagnosi	Si oppone alla diagnosi
Sintomi appropriati	+++		+++ se assente
Segni appropriati		+++	+ se assente
Risposta dei sintomi o dei segni alla terapia		+++	+++ se assente
ECG			+++ se normale
Disfunzione ventricolare (ecocardiografia)			+++ se assente
Rx torace		Se congestione polmonare o cardiomegalia	+ se normale

### LEGENDA:

+ di qualche importanza

+++ di grande importanza

Adattamento da "Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. Eur Heart J, 2005".

## ALLEGATO 5 – Programmi terapeutici e di follow-up

Programma per pazienti stabili (in caso di instabilità i controlli dovranno essere personalizzati in relazione ai bisogni del paziente).

programma	Tipologia di pazienti	Indagine/attività	3 volte/anno (ogni 3-4 mesi)	2 volte/anno (ogni 6 mesi)	1 volta/anno	ESECUTORE	
<b>1</b>	<b>Pazienti asintomatici ad alto rischio</b> Stadio A	Valutazione clinica		X		MMG	
		Parametri clinici (PA, FC, peso)		X		MMG	
		Ecocardiogramma	All'ingresso nel PDTA				cardiologo
		Valutazione <i>compliance</i> eventuale terapia. )		X		MMG	
		Educazione di paziente/famiglia		X		MMG/INF	
		Somministrazione questionario sulla qualità di vita.				X	MMG/INF
<b>2</b>	<b>Pazienti asintomatici o oligosintomatici</b> Stadio B-NYHA I Stadio C-NYHA I Stadio C-NYHA II	Valutazione clinica		X		cardiologo all'ingresso + MMG nel follow-up	
		Parametri clinici (PA, FC, peso)		X		MMG	
		ECG a riposo		X		cardiologo	
		Ecocardiogramma				Annuale/biennale	cardiologo
		Esami bioumorali: emocromo, creatinemia, elettroliti, glicemia, ALT + quelli ritenuti necessari a seconda delle condizioni cliniche		X			prescrizione MMG
		Colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi				X	prescrizione MMG
		Valutazione <i>compliance</i> terapia		X			MMG
		Educazione di paziente/famiglia.		X			MMG
<b>3</b>	<b>Pazienti sintomatici</b> Stadio C-NYHA III	Valutazione clinica	X				
		Parametri clinici (PA, FC, peso).	X				
		ECG a riposo	X				
		Ecocardiogramma				X	
		Esami bioumorali: emocromo, creatinemia, elettroliti, Glicemia, ALT + quelli ritenuti necessari a seconda delle condizioni cliniche	X				prescrizione MMG
		Colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi				X	prescrizione MMG
		Valutazione <i>compliance</i> terapia.	X				MMG
		Educazione di paziente/famiglia.				X	MMG
<b>4</b>	<b>Pazienti sintomatici complessi</b> Stadio D-NYHA IV	Indagini sopra indicate + quelli ritenuti necessari in relazione alle variabili cliniche	Controlli altamente personalizzati			MMG/ cardiologo	

Fonte: Estratto ed adattato da SNLG – Regioni. Diagnosi e cura dello scompenso cardiaco, 2017.

Trattamento farmacologico e non farmacologico per lo SC cronico (SNLG-Regioni, Diagnosi e cura dello scompenso cardiaco, 2017)

Terapia farmacologica	Terapia non farmacologica (dispositivi meccanici e chirurgia)	Educazione di pazienti e famiglia
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ACE inibitori</li> <li>▪ Diuretici</li> <li>▪ Beta bloccanti</li> <li>▪ Sartani</li> <li>▪ Glicosidi cardiaci</li> <li>▪ Vasodilatatori (nitrati/idralazina)</li> <li>▪ Anticoagulanti</li> <li>▪ Antiaritmici</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rivascolarizzazione (cateterismo e chirurgia), altre forme di chirurgia</li> <li>▪ Pace-maker antibradicardici</li> <li>▪ Terapia elettrica di risincronizzazione ventricolare</li> <li>▪ Defibrillatori-cardiovertitori impiantabili (ICD)</li> <li>▪ Ablazione con catetere a radiofrequenza</li> <li>▪ Trapianto di cuore, dispositivi di assistenza ventricolare, cuore artificiale</li> <li>▪ Ultrafiltrazione</li> <li>▪ ossigenoterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Controllo del peso</li> <li>▪ Misure dietetiche generali (sale, liquidi, alcol)</li> <li>▪ Misure dietetiche contro l'obesità</li> <li>▪ Supplementi nutrizionali</li> <li>▪ Abolizione del fumo</li> <li>▪ Raccomandazioni su viaggi, attività sessuale</li> <li>▪ Vaccinazioni</li> <li>▪ Gestione della terapia (adesione a trattamento, farmaci da evitare o da assumere con attenzione)</li> <li>▪ Stile di vita (riposo, attività fisica, attività lavorativa, addestramento all'esercizio)</li> <li>▪ Assistenza (monitoraggio e follow-up, comunicazione)</li> </ul>

Farmaci cardiovascolari utili per il trattamento dei vari stadi di SC (SNLG-Regioni, Diagnosi e cura dello scompenso cardiaco, 2017).

Farmaco	Stadio A	Stadio B	Stadio C
<b>ACE inibitori</b>			
benazepril	IA	-	-
captopril	IA, ND	post-IMA	SC
analapril	IA, ND	SC	SC
fosinopril	IA	-	SC
lisinopril	IA, ND	post-IMA	SC
moexipril	IA	-	-
perindopril	IA, RCV	-	-
quinapril	IA	-	SC
ramipril	IA, RCV	post-IMA	post-IMA
trandolapril	IA	post-IMA	post-IMA
<b>AT2 bloccanti</b>			
cardesarta	IA	-	SC
eprosartan	IA	-	-
irbesartan	IA, ND	-	-
losartan	IA, ND	RCV	-
olmesartan	IA	-	-
telmisartan	IA	-	-
valsartan	IA, ND	post-IMA	post-IMA, SC
<b>Antialdosteronici</b>			
Eplerenone	IA	post-IMA	post-IMA
spironolattone	IA	-	SC
<b>Beta-bloccanti</b>			
atenololo	IA	post-IMA	-
bisoprololo	IA	-	SC
carvedilolo	IA	post-IMA	post-IMA
metoprololo succinato	IA	-	SC
metoprololo tartrato	IA	post-IMA	-
nebivololo	IA	-	SC
propranololo	IA	post-IMA	-
<b>digossina</b>	-	-	SC

LEGENDA

IA = ipertensione arteriosa; ND = nefropatia diabetica; Post-IMA = riduzione dello sviluppo di SC o altri eventi cardiovascolari dopo infarto miocardico acuto; SC = scompenso cardiaco; RCV = riduzione futuri eventi cardiovascolari

## ALLEGATO 6 – Requisiti minimi di contenuto della valutazione clinica iniziale (fase A1)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Data nascita \_\_\_\_\_ anni \_\_\_\_\_  
Domicilio in via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

### Data valutazione iniziale:

STILI DI VITA

- fumo  
 attività fisica  
 alimentazione                      Peso \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_

FATTORI DI ALTO RISCHIO PER SCOMPENSO CARDIACO

- Ipertensione  
 Diabete  
 Cardiopatia  
 Insufficienza renale  
 IMA recente  
 Chemioterapia o radioterapia  
 Familiarità

### CRITERI DI BOSTON

CATEGORIE CLINICHE	PUNTEGGIO
<b>CATEGORIA I: ANAMNESI</b>	
Dispnea a riposo	4 punti
Ortopnea	4 punti
Dispnea parossistica notturna	3 punti
Dispnea camminando in piano	2 punti
Dispnea camminando in salita	1 punto
<b>CATEGORIA II: ESAME OBIETTIVO</b>	
Frequenza cardiaca: 91-110	1 punto
Frequenza cardiaca > 110	2 punti
Turgore giugulare	2 punti
Turgore giugulare + epatomegalia o edemi agli arti inferiori	3 punti
Rantoli polmonari al 1/3 inferiore dei campi polmonari	1 punto
Rantoli polmonari oltre al 1/3 inferiore dei campi polmonari	2 punti
Gemiti o sibili	3 punti
Terzo tono cardiaco (S3)	4 punti
<b>CATEGORIA III: RX TORACE</b>	
Edema polmonare alveolare	4 punti
Edema polmonare interstiziale	3 punti
Versamento pleurico bilaterale	3 punti
Indice cardiotoracico $\geq 0,50$	3 punti
Redistribuzione apicale del circolo polmonare	2 punti

**DIAGNOSI:** Scompenso cardiaco definito = 8-12 punti; Scompenso cardiaco possibile = 5-7 punti; Scompenso cardiaco improbabile <5 punti. NB non sono concessi più di 4 punti per ciascuna categoria

Sintesi interventi attivati:

**Data rivalutazione:**

**Esito degli approfondimenti:**

- STADIO A paziente asintomatico → **PROGRAMMA 1**
- STADIO B-NYHA I, Stadio C-NYHA I, Stadio C-NYHA II → **PROGRAMMA 2**
- STADIO C-NYHA III → **PROGRAMMA 4**
- STADIO D NYHA IV → **PROGRAMMA 4**

**Valutazione autosufficienza:**

**Dettaglio programma di assistenza e follow-up**

Terapia Farmacologica:

Misure comportamentali ulteriori a quelle previste dal protocollo:

Prossimi accertamenti/rivalutazioni (nome prestazione e scadenza):

Ulteriori interventi:

# Consigli per il paziente con scompenso cardiaco

## Peso, alimentazione ed esercizio fisico

Il medico vi indicherà se è necessario ridurre il peso. Anche se è un obiettivo non facile da raggiungere, non è impossibile. Perdere peso vi farà sentire molto meglio, vivere più a lungo e, a volte, potrà consentire anche di ridurre l'uso di farmaci. Utilizzate cibi che contengono poco sale; cucinate con poco sale e non aggiungetene dopo la cottura. Abituatevi gradualmente (alcuni mesi) a “non salare”. Un regolare esercizio fisico è molto utile: abituatevi a camminare almeno mezz'ora tutti i giorni. Se desiderate praticare uno sport, parlatene prima con il medico per stabilire se e come è adatto a voi.

## I viaggi e le vacanze

Di regola le cure vanno proseguite sempre, anche in vacanza (ricordatevi di portare le vostre “pillole”). Se prevedete climi molto caldi (questo può accadere d'estate anche a casa) chiedete al medico se dovete modificare l'uso dei farmaci e seguite le sue indicazioni. Solo in casi molto particolari i voli aerei o i soggiorni in montagna possono causare problemi: se avete dei dubbi chiedete al medico .

## I farmaci

I farmaci servono sia a farvi sentire meglio già ora sia a garantirvi un futuro migliore. Devono essere assunti con regolarità, come prescritto dal medico: rispettate i tempi e le quantità che vi sono stati indicati. Nel caso abbiate dei dubbi, di qualsiasi genere, non esitate a chiedere spiegazioni. Se i farmaci vi causano problemi parlatene subito con il medico (direttamente o per telefono), ma non interrompete di vostra iniziativa la cura: si troverà una soluzione che riduca i disagi e che, contemporaneamente, tuteli la vostra salute. I farmaci sono stati scelti in base alle vostre caratteristiche e ai vostri bisogni: non fate ciò che suggeriscono amici, conoscenti e parenti, ma chiedete al medico.

## Vaccinazioni

Le malattie infettive possono causare peggiorare la funzionalità del vostro cuore. Vaccinatevi ogni anno per l'influenza ed effettuate eventuali altre vaccinazioni proposte dal vostro medico.

## I controlli dal medico e gli esami del sangue

Il medico vi indicherà quando effettuare visite ed esami periodici; questi controlli sono indispensabili per curarvi al meglio. Non “saltate” i controlli e ricordatevi di comunicare al medico i risultati degli esami anche quando “normali” Se avete problemi ad effettuare esami o visite fatelo presente al medico.

## Cosa controllare sempre da soli

Voi vi conoscete meglio di chiunque altro e meglio di chiunque altro vi potete controllare. Controllate il peso almeno una volta al mese e segnate il valore su un apposito quaderno (o altro); il peso potrà essere controllato più frequentemente (anche tutti i giorni) in casi particolari che verranno però indicati dal medico.

Controllate se le gambe sono gonfie.

Identificate una vostra attività abituale e sempre uguale che non vi causa mancanza di respiro (es: salire un piano di scale, andare da casa vino al negozio del panettiere, ecc) In questo modo potrete valutare se vi è un peggioramento: vi manca il fiato o siete stanchi per attività che prima venivano svolte senza problemi.

## Quando contattare il medico

Il medico va contattato se notate che:

- vi manca il respiro o vi sentite stanchi per attività svolte prima senza alcun problema
- vi manca il respiro o vi infastidisce una tosse secca quando vi coricate
- il peso aumenta nel giro di pochi giorni
- le gambe o i piedi si gonfiano
- compare febbre
- vi sembra che il cuore batta in modo non regolare o, comunque, più velocemente del solito

## Quando contattare il 118

Si deve contattare il 118 (emergenza) quando:

- compare un'improvvisa ed intensa mancanza di respiro
- compare un'improvvisa e grave mancanza di forze
- compare un improvviso dolore od un peso al torace o "allo stomaco"
- vi è uno "svenimento".

È utile tenere un pro-memoria scritto (e ben leggibile) con le terapie (farmaco, dose, orario), lasciandolo in un posto ben visibile (anche per il medico di continuità assistenziale). In caso di dubbio sulle possibilità di corretta assunzione è necessario assicurare l'aiuto di un care giver e/o l'utilizzo di dispenser (anche artigianali).

**REGIONE PIEMONTE  
A.S.L.VC – VERCELLI**

**CERTIFICAZIONE SANITARIA PER IL RILASCIO  
DELL' ATTESTAZIONE DI ESENZIONE TICKET**

(Ai sensi del D.M. del 28.5.1999 n. 329)

Il sottoscritto/a Dott. ....

Specialista in .....

Dipendente della struttura pubblica A.S.L. VC

Reparto/Divisione .....

**DICHIARA CHE**

Cognome:	Nome:	Sesso:
Codice fiscale:	Data di nascita:	Luogo di nascita:

Ai sensi e per gli effetti del Decreto del Ministero della Sanità del 28.5.1999 n. 329

Rientra nella forma morbosa.....

di cui al CODICE n.

Per tale motivo, il/la paziente su indicato/a ha diritto all' esenzione della partecipazione alla spesa sanitaria limitatamente alle prestazioni specialistiche ed alle specialità medicinali previste.

VERCELLI. Lì, .....

Timbro e firma

**ALLEGATO 9 – Scheda MST-Malnutrizione**

**SCREENING MALNUTRIZIONE (MST)**

Data.....

Sig./Sig.ra ..... **Peso** ..... kg (Circonferenza braccio: ..... cm)

<b>Perdita di peso <u>involontaria</u> negli ultimi 6 mesi ?</b>	
<b>NO</b>	0
<b>NON SO</b>	2
<b>SI. Quanto ?</b>	
1 – 5 kg	1
6 – 10 kg	2
11 – 15 kg	3
> 15 kg	4
Non so	2
<b>PUNTEGGIO:</b> <input type="text"/>	
<b>Alimentazione ridotta (es. meno di 3/4 dell'usuale) per: <input type="checkbox"/> minor appetito, <input type="checkbox"/> disfagia * ?</b>	
<b>NO</b>	0
<b>SI</b>	1
<b>PUNTEGGIO:</b> <input type="text"/>	
<b>SOMMA PUNTEGGIO A +B</b>	
<b>PUNTEGGIO MST:</b> <input type="text"/>	

Valutazione punteggio:

**0-1:** non a rischio → rivalutare dopo 7 giorni con **diari alimentari**

**≥ 2:** a rischio → **richiedere visita dietologica**

N.B. Rientrano in questa categoria a rischio anche i pazienti già all'ingresso in Nutrizione Artificiale o in terapia con Integratori Orali

\* In caso di segni (anche solo riferiti) predittivi di disfagia, richiedere **visita fisatrice-logopedica**

## ALLEGATO 10 – Questionario sulla qualità di vita

---

Data.....

Sig./Sig.ra .....

### QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE SF 12 STANDARD V1

**ISTRUZIONI:** Questo questionario intende valutare cosa Lei pensa della Sua salute. Le informazioni raccolte permetteranno di essere sempre aggiornati su come si sente e su come riesce a svolgere le Sue attività consuete.

Risponda a ciascuna domanda del questionario indicando la Sua risposta come mostrato di volta in volta. Se non si sente certo della risposta, effettui la scelta che comunque Le sembra migliore.

1. In generale, direbbe che la Sua salute è:

<i>/_1_/</i> Eccellente	<i>/_2_/</i> Molto buona	<i>/_3_/</i> Buona	<i>/_4_/</i> Passabile	<i>/_5_/</i> Scadente
----------------------------	-----------------------------	-----------------------	---------------------------	--------------------------

Le seguenti domande riguardano alcune attività che potrebbe svolgere nel corso di una qualsiasi giornata. La Sua salute La limita attualmente nello svolgimento di queste attività?

	SI, mi limita parecchio	SI, mi limita parzialmente	NO, non mi limita per nulla
2. Attività di moderato impegno fisico, come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta	<i>/_1_/</i>	<i>/_2_/</i>	<i>/_3_/</i>
3. Salire qualche piano di scale	<i>/_1_/</i>	<i>/_2_/</i>	<i>/_3_/</i>

Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della Sua salute fisica?

	SI	NO
4. Ha reso meno di quanto avrebbe voluto	<i>/_1_/</i>	<i>/_2_/</i>
5. Ha dovuto limitare alcuni <b>tipi</b> di lavoro o di altre attività	<i>/_1_/</i>	<i>/_2_/</i>

Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del Suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso)?

- |  | SI    | NO    |
|--|-------|-------|
| 6. Ha reso meno di quanto avrebbe voluto   | /_1_/ | /_2_/ |
| 7. Ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o in altre attività   | /_1_/ | /_2_/ |
| 8. <u>Nelle ultime 4 settimane</u> , in che misura il <u>dolore</u> l'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)? |       |       |

/_1_/	/_2_/	/_3_/	/_4_/	/_5_/
Per nulla	Molto poco	Un po'	Molto	Moltissimo

Le seguenti domande si riferiscono a come si è sentito nelle ultime 4 settimane.  
 Risponda a ciascuna domanda scegliendo la risposta che più si avvicina al Suo caso.  
 Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito ...

- |                          | Sempre | Quasi sempre | Molto tempo | Una parte del tempo | Quasi mai | Mai   |
|--------------------------|--------|--------------|-------------|---------------------|-----------|-------|
| 9. calmo e sereno?       | /_1_/  | /_2_/        | /_3_/       | /_4_/               | /_5_/     | /_6_/ |
| 10. pieno di energia?    | /_1_/  | /_2_/        | /_3_/       | /_4_/               | /_5_/     | /_6_/ |
| 11. scoraggiato e triste | /_1_/  | /_2_/        | /_3_/       | /_4_/               | /_5_/     | /_6_/ |

12. Nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle Sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?

/_1_/	/_2_/	/_3_/	/_4_/	/_5_/
Sempre	Quasi sempre	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PERCORSO INTEGRATO DI CURA</b>	Gestione Integrata Diabete (END.PE.1044.02).doc
		pag1/15

## Percorso per la gestione integrata dei pazienti con diabete mellito

	<b>Struttura/Funzione</b>	<b>Nominativo</b>	<b>data</b>	<b>Firma/Parere favorevole</b>
<b>Stesura</b>	Referente del Gruppo di Lavoro multidisciplinare e multiprofessionale	Dr.ssa Nicoletta Pinna - Dirigente Medico Resp. SS Diabetologia Borgosesia-Gattinara	Novembre 2013	<i>F.to in originale</i>
<b>Verifica</b>	Direttore SC Endocrinologia e coordinatore Comitato Aziendale Diabetologico	Dr. Federico Baldi	Novembre 2013	<i>Parere favorevole</i>
	Direttore del Distretto di Vercelli	Prof. Massimiliano Panella	Novembre 2013	<i>Parere favorevole</i>
	Direttore del Distretto della Valsesia	Dr.ssa Gennarina Rista	Novembre 2013	<i>Parere favorevole</i>
	Direttore dell'Ospedale Integrato del Vercellese	Dr.ssa Emanuela Pastorelli	Novembre 2013	<i>Parere favorevole</i>
	Dirigente Farmacista Coordinamento SS Qualità e appropriatezza prescrittiva	Dott.ssa Antonietta Barbieri	Novembre 2013	<i>F.to in originale</i>
<b>Autorizzazione</b>	Direttore Sanitario ASL VC	Dr.ssa Carla Peona	Novembre 2013	<i>F.to in originale</i>
<b>Emissione</b>	Direttore SC Endocrinologia e coordinatore Comitato Aziendale Diabetologico	Dr. Federico Baldi	Novembre 2013	<i>F.to in originale</i>

<b>Data di applicazione</b>	Novembre 2013
<b>REV.</b>	<b>02</b>

 <p><b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli</p>	<p><b>PERCORSO INTEGRATO DI CURA</b></p>	<p>Gestione Integrata Diabete (END.PE.1044.02).doc</p> <hr/> <p>pag2/15</p>
--	--	---

1. RAZIONALE DEL PIC.....	3
2. PROFESSIONISTI COINVOLTI.....	3
2.1 Promotore.....	3
2.2 Committente.....	3
2.3 Gruppo di Lavoro.....	3
2.4 Coordinamento del gruppo di lavoro .....	4
3. METODOLOGIA DI LAVORO .....	5
4. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	5
5. DEFINIZIONI E ACRONIMI .....	5
6. CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE DEI PAZIENTI.....	6
6.1 Criteri di inclusione.....	6
6.2 Criteri di esclusione .....	6
7. RESPONSABILITÀ .....	6
7.1 Compiti delle strutture specialistiche per l'assistenza alle persone con diabete mellito .....	6
7.2 Compiti del MMG/PLS.....	7
8. RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEL PIC AZIENDALE .....	8
9. MATRICE DELLE ATTIVITÀ .....	9
10. VALUTAZIONE DEL PERCORSO.....	13
11. MODALITÀ DI DIFFUSIONE INTERNA ED ESTERNA .....	14
12. GOVERNO E MANUTENZIONE DEL PROFILO .....	14
13. LIVELLO DI IMPLEMENTAZIONE .....	14
14. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI.....	14
15. STORIA DELLE MODIFICHE .....	15

## 1. RAZIONALE DEL PIC

---

Il Diabete Mellito è una malattia cronica ad elevata prevalenza nella popolazione generale. Le stime di prevalenza si differenziano a seconda delle diverse aree analizzate, ma è comune il dato di aumento della prevalenza nelle popolazioni occidentali su valori intorno al 5%.

Nell'ASL Vercelli il diabete colpisce circa il 6% della popolazione residente, con una prevalenza di pazienti registrati di 8.000 utenti nel Distretto di Vercelli e di 4.000 utenti nel Distretto della Valsesia. Stante che le strutture ambulatoriali diabetologiche della ASL VC hanno sempre inserito i pazienti ad esse afferenti nel Registro Regionale Diabetologico, consideriamo come popolazione affetta da diabete mellito il numero di pazienti accreditati dal CSI della Regione Piemonte a ciascuno dei quattro presidi diabetologici della ASL VC.

Come per altre malattie croniche anche per il diabete è ormai stabilito che i migliori risultati, in termini di controllo della malattia e delle sue conseguenze cliniche e sociali, si ottengono attraverso l'adozione del modello di gestione "integrata", che prevede l'apporto di un ampio numero di figure assistenziali e, per questo motivo, è strategico il lavoro interdisciplinare in team. La componente più importante del team è proprio il paziente, che ha la responsabilità di gestire consapevolmente la propria malattia e di sottoporre la propria condizione clinica ad un monitoraggio continuo.

Per la gestione integrata sono necessari:

- la formulazione del percorso diagnostico terapeutico condiviso tra MMG/PLS e Medici Diabetologi;
- la formulazione di percorsi ad hoc per la realizzazione di vie preferenziali di comunicazione tra MMG/PLS e specialisti (diabetologi, cardiologi, oculisti, neurologi, nefrologi, ortopedici, ecc.);
- l'informazione/formazione degli operatori sulla malattia diabetica e sulle sue complicanze secondo un approccio multidisciplinare integrato;
- l'individuazione di uno strumento comune (cartella cartacea e/o informatizzata);
- la raccolta dei dati ed il monitoraggio degli indicatori di gestione integrata (struttura, processo ed esito).

## 2. PROFESSIONISTI COINVOLTI

---

### 2.1 Promotore

Il Promotore è la SC Endocrinologia e Diabetologia.

### 2.2 Committente

Il committente è la Direzione Generale in ottemperanza alle indicazioni della Regione Piemonte (DGR 61-13646 del 22.3.2010, DGR 18-2663 del 3.10.2011).

### 2.3 Gruppo di Lavoro

Alla redazione del presente documento hanno collaborato:

- Nicoletta Pinna: Referente del Gruppo di Lavoro e Dirigente Medico Responsabile S.S. Diabetologia Borgosesia-Gattinara;
- Mariella Curacanova: Coordinatore di Dipartimento Area Medica e CPSE SC Qualità e appropriatezza prescrittiva;
- Benedetto Francese: Dirigente Medico del Distretto di Vercelli;
- Agostino Giammarinaro: Medico di Medicina Generale del Distretto della Valsesia e membro del Comitato Diabetologico aziendale;
- Alessia Pisterna: Direttore SC Farmaceutica Territoriale;

- Gennarina Rista: Direttore del Distretto della Valsesia e membro del Comitato Diabetologico Aziendale;
- Giovanni Scarrone: Medico di Medicina Generale del Distretto di Vercelli e membro del Comitato Diabetologico Aziendale;
- Monica Sechi: Infermiera Poliambulatorio di Gattinara e membro del Comitato Diabetologico aziendale.

Il Gruppo di Lavoro si è inoltre avvalso della consulenza specialistica dei seguenti professionisti:

- Franco Coppo, Direttore SC Neurologia per la sezione dedicata alla gestione della neuropatia diabetica;
- Oliviero Filiberti, Dirigente Medico Responsabile della SC Nefrologia e Dialisi per la sezione dedicata alla gestione della nefropatia diabetica;
- Vittorio Germinetti, Direttore SC Oculistica per la sezione dedicata alla gestione della retinopatia diabetica;
- Enrico Negrone e Nicoletta Vendola, rispettivamente Direttore della SC Ginecologia e Ostetricia di Borgosesia e della SC Ginecologia e Ostetricia di Vercelli, per la sezione dedicata allo screening e gestione del diabete gestazionale;
- Roberta Petrino, Responsabile SSvD MECAU per la gestione in DEA dello scompenso glicemico grave;
- Francesco Rametta e Giorgio Rognoni, rispettivamente Direttore della SC Cardiologia di Borgosesia e della SC Cardiologia di Vercelli per la sezione dedicata alla gestione rischio cardiovascolare;
- Giorgio Monesi e Giovanni Zarrelli rispettivamente Direttore della SC Urologia di Vercelli e della SC Urologia di Borgosesia per la sezione dedicata alla gestione della disfunzione erettile;
- Silvio Testa, Gualtiero Canova, Silvio Borré, rispettivamente Direttore della SC Chirurgia Generale di Vercelli, della SC Chirurgia Generale di Borgosesia e della SC Malattie Infettive per la sezione dedicata alla gestione del piede diabetico;
- Lorenzo Panella, Direttore del Dipartimento di Riabilitazione Integrata Ospedale-Territorio per la definizione di indicatori riguardanti l'esercizio fisico nei pazienti diabetici;
- Vittorio Petrino, Direttore del Dipartimento Patologia delle Dipendenze per la sezione di percorso dedicata ai pazienti con dipendenza e primo riscontro di iperglicemia;
- Renata Colombo, Pediatra di Libera Scelta, per la sezione di percorso dedicata ai pazienti pediatrici;
- Paolo Bertone, Direttore SC Medicina Legale, per la sezione dedicata al rilascio di certificazioni di invalidità;
- Silvia Bonetta, Direttore SC Farmacia Ospedaliera;
- Elisabetta Repetto, Dirigente Psicologo Responsabile SSvD Attività consultoriali, per la sezione dedicata al diabete gestazionale;
- Lorella Perugini, Responsabile del Servizio Sociale Aziendale;
- Giovanna Patrucco, Referente Qualità del Dipartimento della Diagnostica e Dirigente Chimico del Laboratorio Analisi di Vercelli;
- Lorella Fraternali, Coordinatore di Dipartimento Area Chirurgica;
- Alessandra Turchetti, Coordinatore di Dipartimento Donna Bambino.

## 2.4 Coordinamento del gruppo di lavoro

Dr.sa Nicoletta Pinna, SS Diabetologia Borgosesia-Gattinara.

### 3. METODOLOGIA DI LAVORO

---

La realizzazione del presente documento recepisce le indicazioni metodologiche e le tappe fondamentali specificate nel manuale “Raccomandazioni per la costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici assistenziali e Profili Integrati di Cura nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte” (ARESS, 2007).

Per l’elaborazione del PIC sono state sviluppate le seguenti fasi:

- analisi della proposta di revisione del percorso già elaborata dalla SC Endocrinologia alla luce degli aggiornamenti clinici e normativi sulla materia (linee guida/normativa regionale di riferimento);
- analisi degli scostamenti esistenti rispetto alla proposta (evidenza delle criticità locali e strategie di superamento);
- assegnazione dei mandati per la stesura/revisione delle procedure e dei protocolli attinenti al PIC;
- condivisione degli indicatori clinici e organizzativi aggiornati.

La SC Endocrinologia, supportata dalla SC Qualità e Appropriatelyzza Prescrittiva, ha curato la stesura definitiva del presente documento.

### 4. CAMPO DI APPLICAZIONE

---

Il percorso presentato in questo documento è un modello organizzativo e assistenziale che descrive l’assistenza integrata, al paziente con diabete mellito nelle fasi di: diagnosi, impostazione del piano di cura, follow-up, gestione degli eventuali episodi di acuzie e della fase cronica, inclusa l’assistenza protesica.

Si applica ai pazienti nei quali viene accertata la diagnosi di diabete mellito e che si rivolgono ai professionisti dell’ASL VC, dai Medici di Medicina Generale ai Medici specialisti operanti nelle Strutture Ospedaliere e Territoriali.

### 5. DEFINIZIONI E ACRONIMI

---

- **BMI:** Body Mass Index.
- **CUP:** Centro Unico Prenotazioni.
- **DEA:** Dipartimento Emergenza Accettazione.
- **DM:** Diabete Mellito.
- **ECG:** Elettrocardiogramma.
- **GI:** Gestione Integrata.
- **HbA1c:** emoglobina glicosilata.
- **IFG:** Impaired Fasting Glycaemia (alterata glicemia a digiuno).
- **IGT:** Impaired Glucose Tolerance (alterata tolleranza al glucosio).
- **MMG:** Medico Medicina Generale.
- **OGTT:** Oral Glucose Tolerance Test.
- **PA:** Pressione Arteriosa.
- **PAG:** Piano di Automonitoraggio Glicemico.
- **PdCP:** Piano di Cura Personalizzato.
- **PIC:** Percorso Integrato di Cura.
- **PLS:** Pediatra Libera Scelta.
- **PS:** Pronto Soccorso.

- **RRD:** Registro Regionale Diabete.
- **SC:** Struttura Complessa.
- **SD:** Servizio Diabetologico.

## 6. CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE DEI PAZIENTI

---

### 6.1 Criteri di inclusione

Sono inclusi nel PIC tutti i pazienti a rischio (box 1), nei quali viene effettuata diagnosi di DM ed i pazienti con diagnosi di DM già inquadri e stabili, che giungono all'attenzione dei servizi aziendali (MMG, specialisti, DEA/PS, ecc.).

#### Box 1. Pazienti a rischio.

Familiari di soggetti diabetici (genitori, fratelli o sorelle, figli)  
 Donne già affette da diabete in gravidanza (diabete gravidico o gestazionale)  
 Soggetti in sovrappeso ( $BMI > 25 \text{ Kg/m}^2$ ) o obesi ( $IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$ )  
 Soggetti con ipertensione arteriosa  
 Soggetti con valori alti di colesterolo (ipercolesterolemia) e/o trigliceridi (ipertrigliceridemia) nel sangue  
 Macrosomia fetale ( peso alla nascita  $>$  di 4 Kg )

### 6.2 Criteri di esclusione

Sono esclusi dal PIC tutti i pazienti a rischio con diagnosi di: ridotta tolleranza ai carboidrati, alterata glicemia a digiuno, che giungono all'attenzione dei servizi aziendali (MMG, specialisti, DEA/PS, ecc.).

## 7. RESPONSABILITÀ

---

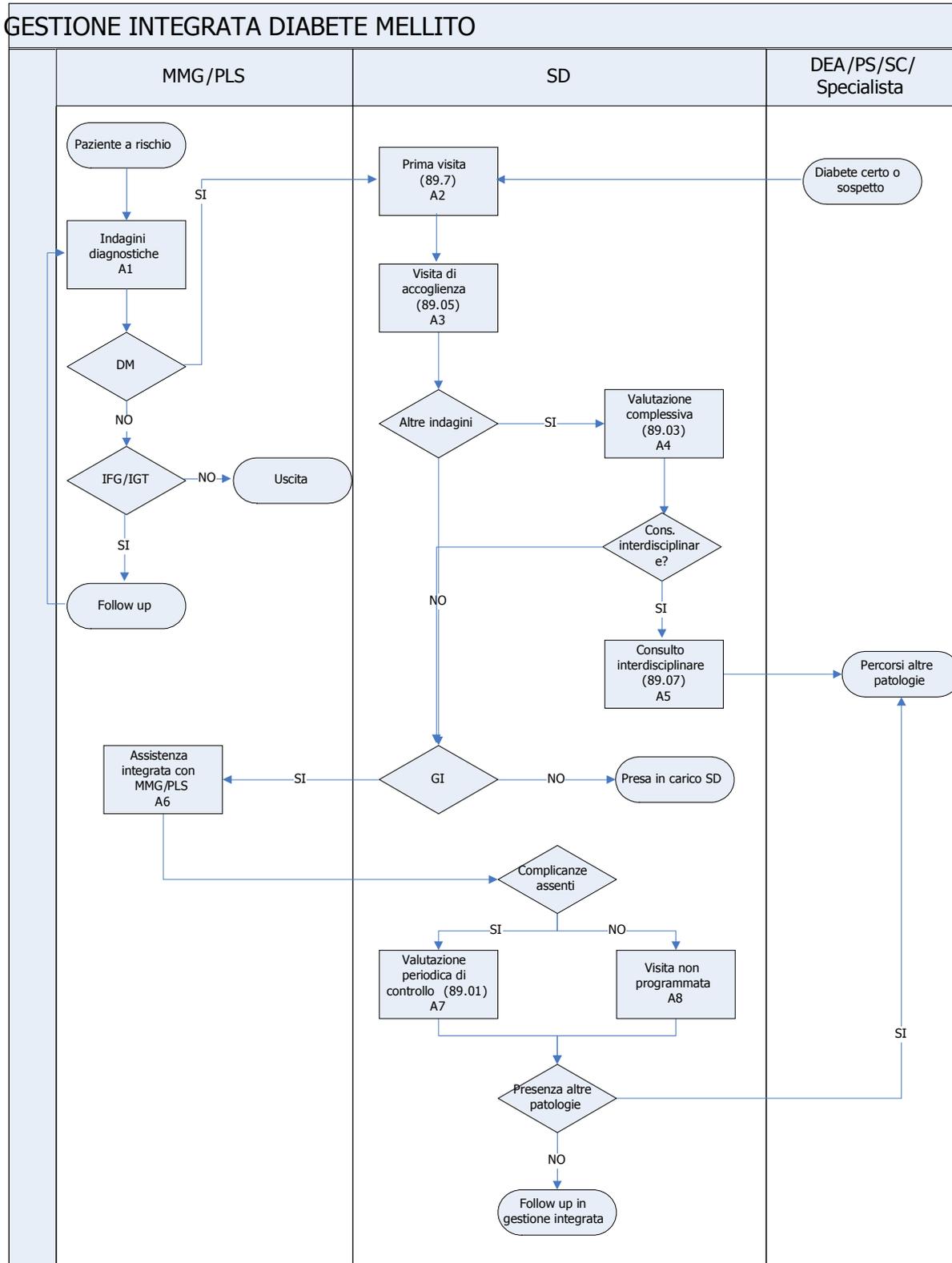
### 7.1 Compiti delle strutture specialistiche per l'assistenza alle persone con diabete mellito

- Definizione diagnostica del diabete neodiagnosticato e inquadramento terapeutico con formulazione del PdCP e condiviso con i MMG/PLS. Il PdCP deve comprendere la chiara formulazione degli obiettivi terapeutici da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e ai risultati attesi, e delle motivazioni che rendono necessario un follow up per tutta la vita.
- Presa in carico, in collaborazione con i MMG/PLS, delle persone con diabete.
- Gestione clinica diretta, in collaborazione con i MMG/PLS e gli altri specialisti, delle persone con: grave instabilità metabolica; complicanze croniche in fase evolutiva; trattamento mediante infusori sottocutanei continui d'insulina; diabete in gravidanza e diabete gestazionale.
- Impostazione della terapia medica nutrizionale.
- Effettuazione dell'Educazione Terapeutica e, in collaborazione con i MMG/PLS, di interventi di Educazione Sanitaria e Counselling delle persone con diabete, rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.
- Valutazione periodica, secondo il PdCP adottato, dei pazienti diabetici seguiti con il percorso di gestione integrata, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.
- Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con il MMG/PLS di riferimento, mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.
- Attività di aggiornamento rivolta ai MMG/PLS in campo diabetologico.

## 7.2 Compiti del MMG/PLS

- Identificazione della popolazione a rischio aumentato di malattia diabetica tra i propri assistiti.
- Diagnosi precoce di malattia diabetica tra i propri assistiti.
- Identificazione, tra i propri assistiti, delle donne con diabete gestazionale.
- Presa in carico, in collaborazione con le SD per l'assistenza alle persone con Diabete Mellito, dei pazienti e condivisione del PdCP.
- Valutazione periodica, mediante l'attuazione di una medicina di iniziativa, dei propri pazienti secondo il PdCP, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.
- Effettuazione, in collaborazione con il SD per l'assistenza alle persone con Diabete Mellito, di interventi di Educazione Sanitaria e Counselling delle persone con diabete rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.
- Monitoraggio dei comportamenti alimentari secondo il PdCP.
- Organizzazione dello studio (accessi, attrezzature, personale) per una gestione ottimale delle persone con diabete.
- Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con le Strutture per l'assistenza alle persone con Diabete Mellito mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.

## 8. RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEL PIC AZIENDALE



## 9. MATRICE DELLE ATTIVITÀ

<b>Gestione Integrata Diabete Mellito</b>				
Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
A1	Indagini diagnostiche	<p><b>Perché:</b> effettuare diagnosi precoce di DM.</p> <p><b>Come:</b> prescrizione su ricetta SSN.</p> <p><b>Quando:</b> in caso di paziente a rischio.</p> <p><b>Chi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MMG/PLS;</li> <li>▪ DEA/PS oppure struttura ospedaliera di ricovero ordinario o diurno, anche per altra causa, con riscontro di iperglicemia;</li> <li>▪ altro specialista, in occasione di valutazione per problema pertinente.</li> </ul>	<p>Gli esami da effettuare sono: glicemia a digiuno, HbA1c, urine.</p> <p>Quando il paziente presenta uno dei seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ glicemia a digiuno <math>\geq 126</math> mg/dl in almeno due determinazioni;</li> <li>▪ HbA1c <math>\geq 6,5\%</math>;</li> <li>▪ glicemia a digiuno compresa tra 110-125 mg/dl;</li> <li>▪ glicemia estemporanea <math>\geq 200</math> mg/dl.</li> </ul> <p>deve essere inviato al SD munito dei seguenti controlli recenti (non più di tre mesi): glicemia a digiuno, HbA1c, urine, creatinemia, uricemia, transaminasi, gammaGT, colesterolemia totale, HDL, LDL, trigliceridemia, emocromo, microalbuminuria.</p> <p>I criteri di priorità stabiliti dalla Regione, per l'esecuzione della visita, sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>U (entro 48 ore):</b> sintomatologia suggestiva di scompenso metabolico acuto, ripetuti episodi di ipoglicemia, gravidanza in donna diabetica e diabete gestazionale, ulcera del piede o severe lesioni ischemiche e/o infettive agli arti inferiori.</li> <li>▪ <b>B (entro 15 giorni):</b> diagnosi e inquadramento del diabete all'esordio, nuova diagnosi di complicanza.</li> <li>▪ <b>D (entro 30 giorni):</b> inizio di terapia insulinica, HbA1c <math>&gt; 8\%</math> in almeno 2 determinazioni successive.</li> <li>▪ <b>P (entro 180 giorni):</b> ripetuti episodi di glicemia basali <math>&gt;180</math> mg/dl, HbA1c <math>&gt; 7.5\%</math> in due successive determinazioni, comparsa di segni clinici sintomi riferibili a complicanze, necessità di iniziare terapia insulinica.</li> </ul> <p>Qualora al paziente fosse diagnosticata una delle situazioni di urgenza sopra elencate, negli orari di chiusura del SD (week-end, fascia oraria notturna, festività) il MMG/PLS potrà inviare il paziente al DEA/PS, i cui Medici provvederanno alla sua stabilizzazione ed al successivo invio al SD negli orari di apertura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ricetta SSN riportante i criteri di priorità (di seguito elencati):</li> <li>▪ Scheda segnalazione paziente (modulo regionale)</li> </ul>
A2	Prima visita (89.7)	<p><b>Perché:</b> confermare/escludere la diagnosi di DM.</p> <p><b>Come:</b> prenotazione diretta su agenda CUP con richiesta motivata, da parte di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MMG/PLS;</li> <li>▪ DEA/PS oppure struttura ospedaliera di ricovero ordinario o diurno, anche per altra causa, con riscontro di iperglicemia;</li> <li>▪ altro specialista, in occasione di valutazione per problema pertinente.</li> </ul> <p><b>Quando:</b> in caso di diagnosi o sospetto di DM (rilevato da MMG/PLS, DEA/PS, Specialista)</p> <p><b>Chi:</b> Medico e Infermiere del SD.</p>	<p>Nella visita occorre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ raccogliere l'anamnesi (familiare, fisiologica, patologica remota e prossima);</li> <li>▪ effettuare l'esame obiettivo;</li> <li>▪ valutare i referti degli esami ematochimici;</li> <li>▪ formulare/escludere la diagnosi di DM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cartella clinica informatizzata</li> <li>▪ Cartella clinica cartacea</li> </ul>
ASL VC	Gestione Integrata Diabete (END.PE.1044.02).doc		9/15	

## Gestione Integrata Diabete Mellito

Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
A3	Visita di accoglienza (89.05)	<p><b>Perché:</b> prendere in carico e definire il quadro completo del paziente.</p> <p><b>Come:</b> prenotazione diretta su agenda informatica del SD.</p> <p><b>Quando:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ successivamente alla prima visita;</li> <li>▪ per la presa in carico di paziente, con diabete noto, trasferito da altro SD;</li> <li>▪ per nuovo problema clinico in paziente con diabete noto.</li> </ul> <p><b>Chi:</b> Medico e Infermiere del SD, Dietista.</p>	<p>Nella visita occorre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ raccogliere l'anamnesi (familiare, fisiologica, patologica remota e prossima);</li> <li>▪ effettuare l'esame obiettivo;</li> <li>▪ acquisire il consenso informato;</li> <li>▪ effettuare la visita mirata;</li> <li>▪ prescrivere, se necessario, ulteriori esami di laboratorio ed eventuale OGTT;</li> <li>▪ studiare le complicanze neurologiche, oculari, cardiache, vascolari (arti inferiori e piede diabetico) e prescrivere le consulenze specialistiche comprensive degli esami strumentali e di laboratorio inerenti;</li> <li>▪ compilare la cartella clinica (informatizzata, cartacea);</li> <li>▪ fornire informazioni sull'educazione comportamentale e terapeutica;</li> <li>▪ provvedere alla registrazione del paziente sul RRD , alla compilazione del PAG (aventi diritto) e al rilascio dell'esenzione per patologia;</li> <li>▪ formulare il primo approccio terapeutico;</li> <li>▪ formulare il PdCP condiviso con il MMG/PLS;</li> <li>▪ prescrivere la terapia farmacologica e dietetica;</li> <li>▪ fornire le istruzioni sull'uso dei device (iniettori a penna) e dei refllettometri (ove necessario);</li> <li>▪ programmare i successivi controlli e il follow-up.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Impegnative interne</li> <li>▪ Modulistica CSI (esenzione ticket, PAG)</li> <li>▪ Cartella clinica informatizzata</li> <li>▪ Cartella clinica cartacea</li> <li>▪ Piano di cura (END.MO.1183.n)</li> <li>▪ Consenso informato alla gestione integrata del DMT2 (modulo regionale)</li> <li>▪ PAG (Allegati A e A1 – moduli regionali)</li> </ul>
A4	Valutazione complessiva (89.03)	<p><b>Perché:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ definire l'indirizzo terapeutico nei casi di particolare complessità;</li> <li>▪ reinquadrare il paziente nell'ambito del piano di cura.</li> </ul> <p><b>Come:</b> prenotazione diretta su agenda informatica del SD.</p> <p><b>Quando:</b> di norma una volta all'anno nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ al termine della stadiazione delle complicanze, per definire l'indirizzo terapeutico;</li> <li>▪ al termine di cicli terapeutici "intensivi" per la normalizzazione del compenso glicemico, onde valutarne l'efficacia e decidere in merito;</li> <li>▪ in caso di recidiva di scompenso o acutizzazione di una complicanza;</li> <li>▪ nel corso del follow-up, per rivalutare l'eventuale nuovo indirizzo terapeutico;</li> <li>▪ in ogni caso previsto di accesso non programmato, per rivalutare gli obiettivi terapeutici e ridefinire un nuovo piano di trattamento e di controlli programmati.</li> </ul>	<p>Nella valutazione occorre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ acquisire i dati, le informazioni</li> <li>▪ raccogliere l'anamnesi (familiare, fisiologica, patologica remota e prossima);</li> <li>▪ effettuare l'esame obiettivo;</li> <li>▪ prescrivere, se necessario, ulteriori esami di laboratorio;</li> <li>▪ valutare le complicanze neurologiche, oculari, , cardiache, vascolari (arti inferiori e piede diabetico) e prescrivere le consulenze specialistiche comprensive degli esami strumentali e di laboratorio inerenti;</li> <li>▪ formulare il PdCP da condividere con il MMG/PLS;</li> <li>▪ rimodulare, se necessario, la terapia farmacologica e dietetica;</li> <li>▪ rinnovare il PAG;</li> <li>▪ fornire, se necessario il passaggio alla terapia insulinica, le istruzioni sull'uso dei device (iniettori a penna) e dei refllettometri;</li> <li>▪ programmare i successivi controlli.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Impegnative interne</li> <li>▪ Modulistica CSI (esenzione ticket, PAG)</li> <li>▪ Cartella clinica informatizzata</li> <li>▪ Cartella clinica cartacea</li> <li>▪ Piano di cura (END.MO.1183.n)</li> <li>▪ PAG (Allegati A e A1 – moduli regionali)</li> </ul>

## Gestione Integrata Diabete Mellito

Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
		<b>Chi:</b> Medico e Infermiere del SD.		
A5	Consulto interdisciplinare (89.07)	<p><b>Perché:</b> definire la presa in carico e il trattamento terapeutico più appropriato, da valutarsi collegialmente con approccio multidisciplinare, in riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ trattamento di complicanze o comorbilità la cui presenza modifica il rapporto rischio/beneficio del piano terapeutico individuale in essere e dei relativi controlli;</li> <li>▪ necessità di un intervento coordinato con lo specialista di riferimento per complicanze conclamate (es. nefropatia, piede a rischio di amputazione, cardiopatia ischemica o scompenso cardiaco, paziente oncologico, in cure palliative, candidato ad intervento di chirurgia maggiore, ecc.).</li> </ul> <p><b>Come:</b> richiesta consulenza interna specialistica.</p> <p><b>Quando:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ a seguito di visite di controllo;</li> <li>▪ nel corso di visita complessiva.</li> </ul> <p><b>Chi:</b> Medico specialista di competenza.</p>	<p>Retinopatia diabetica: invio all'Ambulatorio di Oculistica.                      Nefropatia diabetica: visita ed invio alla SC di Nefrologia.                      Neuropatia diabetica: esame obiettivo, Diapason, Filo Neurotester.                      Disfunzione erettile: valutazione metabolica, prescrizione terapia ormonale (medico diabetologo), valutazione dinamica (medico urologo).                      Piede diabetico: trattamento e invio alla SC di Chirurgia generale O A Struttura di livello assistenziale superiore per eventuale rivascularizzazione.                      Cardiopatia ischemica e complicanze vascolari: screening dei fattori di rischio e invio alla SC di Cardiologia.                      Gravidanza in donna diabetica: visita, compenso metabolico e invio alla SC di Ostetricia e Ginecologia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Impegnative interne</li> <li>▪ Cartella clinica informatizzata</li> <li>▪ Cartella clinica cartacea</li> </ul>
A6	Assistenza integrata con MMG/PLS	<p><b>Perché:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ assicurare la diagnosi precoce;</li> <li>▪ porre in essere i programmi di controllo sanitari finalizzati a ridurre il rischio di complicanze ed esiti correlati.</li> </ul> <p><b>Come:</b> condivisione del piano di trattamento personalizzato tra MMG/PLS e Medico del SD.</p> <p><b>Quando:</b> in base alle cadenze stabilite dal piano di trattamento personalizzato</p> <p><b>Chi:</b> MMG/PLS e Medico/Infermiere del SD.</p>	<p><b>Ogni 3-4 mesi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Glicemia a digiuno;</li> <li>▪ HbA1C;</li> <li>▪ Assetto lipidico (nei pazienti dislipidemici);</li> <li>▪ Esame urine;</li> <li>▪ Peso (BMI e circonferenza addominale);</li> <li>▪ Pressione arteriosa;</li> <li>▪ Automonitoraggio glicemico se prescritto.</li> </ul> <p><b>Ogni 6 mesi:</b> visita medica e studio di eventuali complicanze (neuropatia, cardiopatia, piede diabetico, ecc.).</p> <p><b>Ogni anno:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Microalbuminuria</li> <li>▪ Creatinemia</li> <li>▪ Elettroliti</li> <li>▪ Assetto lipidico</li> <li>▪ Uricemia</li> <li>▪ Emocromo</li> <li>▪ Transaminasi</li> <li>▪ Elettrocardiogramma</li> <li>▪ Esame fundus oculi (annuale solo in assenza di retinopatia diabetica)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ricetta SSN</li> <li>▪ Cartella clinica informatizzata</li> <li>▪ Cartella clinica cartacea</li> <li>▪ Modulo Regione Piemonte</li> <li>▪ Scheda individuale del paziente (modulo regionale)</li> </ul>

## Gestione Integrata Diabete Mellito

Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
			diagnosticata) ▪ Visita specialistica diabetologica	
A7	Valutazione periodica di controllo (89.01)	<p><b>Perché:</b> valutare periodicamente il paziente.</p> <p><b>Come:</b> prenotazione diretta su agenda informatica del SD.</p> <p><b>Quando:</b> durante il follow-up.</p> <p><b>Chi:</b> Medico e Infermiere del SD.</p>	<p>Rivalutazione del compenso glicometabolico e dello stato delle complicanze studiate secondo il PdCP.</p> <p>Richiesta, se necessario, di ulteriori accertamenti ed eventuali modifiche/rimodulazioni terapeutiche.</p> <p>Proseguimento del PdCP per il periodo successivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cartella clinica informatizzata</li> <li>▪ Cartella clinica cartacea</li> <li>▪ Piano di cura (END.MO.1183.n)</li> </ul>
A8	Visita non programmata	<p><b>Perché:</b> valutare il paziente in caso di decorso irregolare.</p> <p><b>Come:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ accesso diretto e registrazione CUP per la U;</li> <li>▪ prenotazione diretta su agenda informatica del SD per tutte le altre (B, D, P).</li> </ul> <p><b>Quando:</b> in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mancato raggiungimento dell'obiettivo di compenso condiviso nella GI;</li> <li>▪ severe ipoglicemie ripetute;</li> <li>▪ procedure invasive e/o prima di interventi di chirurgia maggiore;</li> <li>▪ complicanze neurologiche, renali, oculari in rapida evoluzione;</li> <li>▪ complicanze micro e macrovascolari in fase evolutiva;</li> <li>▪ piede diabetico;</li> <li>▪ gravidanza in diabetica, diabete gestazionale, pianificazione della gravidanza</li> </ul> <p><b>Chi:</b> Medico e Infermiere del SD.</p>	<p>In qualsiasi momento con urgenza o con visita programmata, nel rispetto dei criteri di priorità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>U (entro 48 ore):</b> sintomatologia suggestiva di scompenso metabolico acuto, ripetuti episodi di ipoglicemia, gravidanza in donna diabetica e diabete gestazionale, ulcera del piede o severe lesioni ischemiche e/o infettive agli arti inferiori.</li> <li>▪ <b>B (entro 15 giorni):</b> diagnosi e inquadramento del diabete all'esordio, nuova diagnosi di complicanza.</li> <li>▪ <b>D (entro 30 giorni):</b> inizio di terapia insulinica, HbA1c &gt; 8% in almeno 2 determinazioni successive.</li> <li>▪ <b>P (entro 180 giorni):</b> ripetuti episodi di glicemia basali &gt;180 mg/dl, HbA1c &gt; 7.5% in due successive determinazioni, comparsa di segni clinici sintomi riferibili a complicanze, necessità di iniziare terapia insulinica.</li> </ul>	<p>Ricetta SSN</p> <p>Impegnativa interna</p>

## 10. VALUTAZIONE DEL PERCORSO

Per valutare l'efficacia e l'efficienza del percorso sono stati identificati gli indicatori di processo (tabella 1) e di esito (tabella 2).

**Tabella 1.** Indicatori di processo.

	Indicatore	Standard
P1	Percentuale di pazienti con almeno 1 determinazione di emoglobina glicata nell'anno	100%
P2	Percentuale di pazienti con almeno 1 determinazione del profilo lipidico nell'anno	90%
P3	Percentuale di pazienti con almeno 1 determinazione della pressione arteriosa nell'anno	100%
P4	Percentuale di pazienti con almeno 1 determinazione del BMI nell'anno	100%
P5	Percentuale di pazienti valutati per l'abitudine al fumo	100%
P6	Percentuale di pazienti valutati per nefropatia (1)	90%
P7	Percentuale di pazienti valutati per retinopatia (2)	90%
P8	Percentuale di pazienti con esame dei piedi/anno	50%

(1) Per valutazione della nefropatia si intende una delle seguenti:

1. Screening per microalbuminuria eseguito negli ultimi 12 mesi (negli ultimi 24 mesi se ricorrono almeno due delle seguenti condizioni: HbA1c < 8.0%, non in terapia insulinica, screening precedente negativo)
2. Dosaggio positivo per macroalbuminuria negli ultimi 24 mesi
3. Evidenza clinica documentata di nefropatia negli ultimi 24 mesi

(2) Per valutazione della retinopatia si intende esame del fondo dell'occhio a pupille dilatate negli ultimi 12 mesi (negli ultimi 24 mesi se ricorrono almeno due delle seguenti condizioni: HbA1c < 8.0%, non in terapia insulinica, esame precedente negativo per retinopatia diabetica)

**Tabella 2.** Indicatori di esito.

	Indicatore	Standard
R1	Percentuale di pazienti con HbA1c $\leq$ 7.0%	50%
R2	Percentuale di pazienti con valori di colesterolo LDL < 100mg/dl	50%
R3	Percentuale di pazienti con valori di pressione arteriosa < 130/85 mmHg	40%
R5	Percentuale di pazienti non fumatori	80%
R6	Percentuale di pazienti con valori di LDL $\geq$ 130 mg/dl non in trattamento con statine	40%
R7	Percentuale di pazienti con valori di pressione arteriosa > 140/90 mmHg non in trattamento antipertensivo	40%

## 11. MODALITÀ DI DIFFUSIONE INTERNA ED ESTERNA

---

Una volta approvato dal gruppo multidisciplinare, il percorso sarà recepito dalla Direzione Generale, e pubblicato sulla intranet aziendale a cura della SC Qualità e appropriatezza prescrittiva, che ne da comunicazione ai Direttori delle Strutture Complesse interessate e ai Direttori di Distretto.

I Direttori di struttura complessa provvederanno alla diffusione del percorso a tutti gli operatori afferenti alla propria struttura, mentre i Direttori di Distretto lo diffonderanno ai MMG/PLS.

## 12. GOVERNO E MANUTENZIONE DEL PROFILO

---

Ogni Direttore di struttura complessa assume il governo della fase in cui la struttura è protagonista, lasciando all'intero gruppo il governo del profilo con un riesame annuale.

Il Direttore della SC Endocrinologia verifica l'attuazione del percorso attraverso il monitoraggio degli indicatori identificati al par. 10. Dopo una prima verifica ed un primo riesame il percorso verrà validato con riesami annuali, attraverso l'analisi degli indicatori o l'evoluzione delle linee guida di riferimento, e, se sarà necessario, si porteranno le opportune modifiche.

## 13. LIVELLO DI IMPLEMENTAZIONE

---

Il percorso, appena approvato, sarà applicato con decorrenza immediata.

## 14. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

---

### *Leggi e delibere*

- Legge 16/03/1987, n. 115: Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito
- Legge regionale 10/07/1989, n. 40: Predisposizione della rete dei servizi per la prevenzione e la cura del diabete mellito nella Regione Piemonte in attuazione della legge 16/03/1987, n. 115.
- Legge regionale 07/04/2000, n. 34: Nuove norme per l'attuazione dell'assistenza diabetologica.
- Intesa Stato, Regioni, Province autonome 23/03/2005: Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007.
- DGR Regione Piemonte 39-415 04/07/2005: Prevenzione delle complicazioni dei Diabete tipo 2.
- DD Direzione Generale Sanità, Assessorato tutela Salute e Sanità Regione Piemonte n. 176 DA 2005 04/04/2008: Documenti attuativi per l'implementazione del progetto Prevenzione delle complicanze croniche del Diabete tipo 2 nell'ambito del Piano nazionale della Prevenzione 2005 – 2007.
- DGR Regione Piemonte 40-9920 27/10/2008: Accordo Regionale della medicina generale sulla gestione integrata del diabete.
- DD Direzione Generale Sanità, Assessorato Tutela Salute e Sanità Regione Piemonte n. 979 23/12/2008: Protocollo operativo per la gestione integrata del diabete mellito tipo 2 dell'adulto in Piemonte.
- DGR Regione Piemonte 61-13646 22/03/2010: Percorsi assistenziali appropriati per i pazienti affetti da Diabete Mellito e da patologia reumatologica ed aggiornamento nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.
- DGR Regione Piemonte 18-2663 03/10/2011: Proseguimento e consolidamento del percorso per la Gestione Integrata del diabete ti tipo 2 dell'adulto, di cui alla DGR 40 – 9920 del 27 ottobre 2008.

### Contributi di approfondimento

- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE et al. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001;24(6):1069–1078.
- Coster S et al. Self-monitoring in type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetic Medicine* 2000;17:755-761.
- Gale EAM. Lessons from the glitazones: a story of drug development. *Lancet* 2001;357:1870-1875.
- Gerstein HC, Pogue J. The relationship between dysglycaemia and cardiovascular and renal risk in diabetic and non-diabetic participants in the HOPE study: a prospective epidemiological analysis. *Diabetologia* 2005;48(9):1749–1755.
- Iribarren C, Karter AJ, Go AS et al. Glycemic control and heart failure among adult patients with diabetes. *Circulation* 2001;103(22):2668–2673.
- Karter AJ et al. Self-monitoring of blood glucose levels and glycaemic control: the Northern California Kaiser Permanente diabetes registry. *American Journal of Medicine* 2001;111: 1-9.
- Morgan CL, Currie CJ, Peters JR. Relationship between diabetes and mortality: a population study using record linkage. *Diabetes Care* 2000;23(8):1103–1107.
- Stratton IM, Adler AI, Neil HA et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *British Medical Journal* 2000;321(7258):405–412.
- Selvin E, Marinopoulos S, Berkenblit G et al. Meta-analysis: glycosylated hemoglobin and cardiovascular disease in diabetes mellitus. *Annals of Internal Medicine* 2004;141(6):421–431.
- Welschen LM, Bloemendal E, Nijpels G et al. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes who are not using insulin. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005;(2):CD005060.

### Linee Guida

- AMD, SID. Standard italiani per la cura del diabete mellito 2009-2010. Infomedica, 2010
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Type 2 diabetes: National clinical guideline for management in primary and secondary care (update). Londra: 2008.
- World Health Organisation (WHO). International Diabetes Federation. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and immediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation. Geneva: 2006.

## 15. STORIA DELLE MODIFICHE

REV	Data	Descrizione delle modifiche
00	2007	Prima emissione
01	2012	Prima revisione: il documento è stato redatto da un gruppo multidisciplinare, a garanzia della effettiva integrazione dei processi. Tra le modifiche principali apportate rispetto alla versione precedente vi sono: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Adeguamento del format e delle modalità di stesura/verifica/autorizzazione/emissione del documento in accordo alla vigente procedura aziendale per la Gestione della documentazione aziendale.</li><li>▪ Adeguamento delle modalità di costruzione del PIC alle raccomandazioni ARESS per la stesura dei percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali e i Percorsi Integrati di Cura.</li></ul>
02	2013	Seconda revisione: il documento è stato modificato al fine di utilizzarlo per la gestione integrata dei pazienti con DM tipo 1 e 2.

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PROCEDURA</b>	Follow up neonato prem.e pat. (PED.PO.2260.00).doc
		pag1/11

## PROGRAMMA DI FOLLOW UP DEL NEONATO PREMATURO E PATOLOGICO

	<i>Nominativo</i>	<i>Funzione</i>	<i>Data</i>	<i>Firma/evidenza di approvazione</i>
<b>Stesura</b>	Dr. R. Bollea	Dirigente Medico SC NPI	Febbraio 2018	<i>F.to in originale</i>
	Dr.sa I. Demarchi	Dirigente Medico SC Pediatria	Febbraio 2018	<i>F.to in originale</i>
	Dr.sa E. Dondi	Dirigente Medico SC Pediatria	Febbraio 2018	<i>F.to in originale</i>
	Dr.sa A. Filippa	Dirigente Medico SC NPI	Febbraio 2018	<i>F.to in originale</i>
	Dr.sa M. Impastato	Dirigente Medico SC NPI	Febbraio 2018	<i>F.to in originale</i>
	Dr.sa A. Valori	Dirigente Medico SC Pediatria	Febbraio 2018	<i>F.to in originale</i>
	Dr. A. Vercelloni	Dirigente Medico SC NPI	Febbraio 2018	<i>F.to in originale</i>
<b>Verifica</b>	Dr. G. Cosi	Direttore SC Pediatria	Febbraio 2018	<i>F.to in originale</i>
	Dr. P. Rasmini	Direttore SC NPI	Febbraio 2018	<i>F.to in originale</i>
	Dr.sa P. Colombari	Responsabile SSD Psicologia	Febbraio 2018	<i>F.to in originale</i>
<b>Autorizzazione</b>	Dr. Arturo Pasqualucci	Direttore Sanitario Aziendale	Luglio 2018	<i>F.to in originale</i>
<b>Emissione</b>	Dr. G. Cosi	Direttore SC Pediatria	Luglio 2018	<i>F.to in originale</i>
<b>Data di applicazione</b>	<b>3/07/2018</b>			
<b>REV.</b>	<b>00</b>			

## Sommario

1. PREMESSA .....	3
2. SCOPO.....	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
4. DEFINIZIONI ED ACRONIMI .....	5
5. MODALITÀ OPERATIVE.....	5
6. RESPONSABILITÀ .....	9
7. MODALITÀ DI VERIFICA E INDICATORI .....	9
8. RIFERIMENTI .....	10
9. <i>STORIA DELLE MODIFICHE</i> .....	10

## 1. PREMESSA

---

La necessità del follow up del bambino pretermine o con gravi patologie neonatali è legata alla possibilità di insorgenza di problematiche di tipo pediatrico e auxologico, sequele neurosensoriali, motorie o comportamentali a breve e/o a lungo termine. Il riconoscimento tempestivo di tali problematiche è l'obiettivo essenziale del follow-up, che ha però un'altra caratteristica: quella di essere un "sostegno" e un "tramite".

Le visite di follow-up, infatti, servono da collegamento tra i medici che hanno avuto in cura il bambino durante il ricovero ed il Pediatra Curante, e sono essenziali per:

- fornire un sostegno alla famiglia nell'affrontare le problematiche del bambino dopo la dimissione;
- rendersi disponibili a rispondere alle esigenze dei genitori: invio per consulenze specialistiche e psicologiche, invio in centri di riferimento per determinati problemi clinici.

Il follow-up del neonato pretermine consiste in:

- visita pediatrica con eventuale ecografia cerebrale ed ecografia renale
- valutazione antropometrica
- valutazione neuropsicologica in relazione alle tappe di sviluppo in riferimento alla data presunta del parto
- valutazione psicologica della situazione emotiva del bambino e della relazione con i genitori
- allattamento e relativi problemi (reflusso gastroesofageo, stipsi, difficoltà di alimentazione)
- tempi raccomandati per le vaccinazioni
- anemia del pretermine e supplementazioni con ferro o vitamine
- valutazione di altre problematiche cliniche (ernie, angiomi, ecc.)

Lo sviluppo neurologico del pretermine è particolare, con peculiari fattori condizionanti il comportamento neuromotorio, fin dalla nascita.

L'encefalo del nato prematuro può subire diversi danni:

- ischemico-emorragico, con relative complicazioni
- leucomalacia periventricolare
- encefalopatia ipossico-ischemica
- deficit neurosensoriali.

È ampiamente noto che le tecniche di neuroimaging sono di aiuto nella pratica clinica nella valutazione del rischio di un danno neuroevolutivo, in particolare indagine ecografia e Risonanza Magnetica (RM), che costituisce un'indagine radiologica di secondo livello, qualora la clinica e l'indagine ecografica lo richiedano.

Il follow-up serve inoltre ad attivare un eventuale intervento riabilitativo precoce, che inserendosi a sostegno dello sviluppo evolutivo del bambino, assolve ad un doppio ruolo poiché sostiene il recupero di aree e funzioni neurologiche solo parzialmente compromesse e sostiene lo spostamento del controllo neurologico su aree cerebrali collaterali, favorendo in tal modo il recupero neurologico e contrastando l'instaurarsi di esiti secondari e a distanza.

L'insorgenza di anomalie minori è più tardiva, ma va attentamente ricercata per fornire strumenti validi al bambino e alla famiglia. Clinicamente è possibile rilevare segni precoci (già a 3-4 mesi di età corretta) di Paralisi Cerebrale Infantile (PCI) tramite l'osservazione dei movimenti spontanei, che richiede una specifica formazione. Movimenti generalizzati normali fanno prevedere un normale sviluppo neuromotorio, mentre una motricità spontanea alterata è predittiva di un alto rischio di sviluppo patologico.

È ormai evidente che le modalità di accudimento nei primi mesi influenzano la qualità dello sviluppo psicomotorio a distanza. È fondamentale quindi accompagnare il neonato e la sua famiglia tramite un accudimento abilitativo, allo scopo di fornire facilitazioni durante le attività della vita quotidiana e offrire valide informazioni e proposte concrete per favorire lo sviluppo e la crescita, promuovendo la sintonia tra i bisogni del bambino e l'ambiente in cui vive.

Il follow up non è però rivolto solo ai neonati prematuri, ci sono altre categorie di pazienti fragili che necessitano di tale percorso, in particolare i neonati piccoli per età gestazionale e i neonati con sofferenza perinatale.

In letteratura e nella pratica neonatologica è generalmente definito piccolo per l'età gestazionale (*Small for Gestational Age-SGA*) il neonato con un peso alla nascita inferiore al 10° percentile per l'età gestazionale e il sesso.

La maggior parte dei neonati SGA presenta una crescita di recupero nei primi 6-12 mesi di vita, quindi un'attenta sorveglianza di questi lattanti in questo periodo della loro vita ci consente di identificare il 10% dei bambini che non recupera e la cui statura si pone al di sotto delle 2 deviazioni standard.

Particolare attenzione, poi, meritano i bambini SGA che sono anche pre-termine. Questi pazienti infatti possono richiedere anche un periodo più lungo (circa 4 anni) per recuperare la crescita.

L'ultima categoria di pazienti meritevoli di follow up a lungo termine sono i neonati asfittici o con sofferenza perinatale.

L'encefalopatia ipossico-ischemica (EII), la cui incidenza è di circa 3-4/1000 nati vivi a termine, è una delle maggiori cause di morte neonatale e disabilità neurologica nel bambino, in particolare dell'insorgenza di Paralisi Cerebrale Infantile (6-23%). Nonostante i progressi compiuti in ambito ostetrico-neonatologico negli ultimi decenni, l'incidenza delle sequele neurologiche non ha subito sostanziali variazioni. L'EII di grado moderato-severo è gravata da una mortalità compresa tra il 10 e il 60% e tra i sopravvissuti il 25% sviluppa sequele neurologiche.

In generale le lesioni anatomico-patologiche, e i conseguenti esiti a distanza, sono differenti nel neonato a termine rispetto al pretermine. Nel primo prevale l'interessamento della sostanza grigia cerebrale (corteccia cerebrale, ippocampo, gangli della base, emisferi cerebellari), nel secondo è interessata prevalentemente la sostanza bianca.

Si tratta quindi di pazienti complessi che vengono sottoposti precocemente ad esami strumentali, ecografici e RM encefalo, per individuare le lesioni cerebrali e avere una prima ipotesi prognostica. L'insulto ipossico cerebrale può esitare in differenti manifestazioni cliniche e di diversa gravità, risulta per questo fondamentale seguire tali pazienti nel tempo per diagnosticare anomalie di sviluppo e quindi intervenire tempestivamente con un trattamento mirato e personalizzato.

La valutazione neuromotoria nei pretermine, nei neonati con sofferenza asfittica perinatale o per altre indicazioni, viene di norma integrata con valutazioni psicologiche attraverso la somministrazione di test di sviluppo con lo scopo di intercettare precocemente eventuali problemi di linguaggio, di apprendimento o relazionali coinvolgenti anche la relazione genitori /bambino.

## 2. SCOPO

---

Lo scopo della presente procedura è:

- valutare il bambino con problematiche perinatali
- fornire le indicazioni operative per il follow up del nato da parto prematuro o con problematiche mediche di origine perinatale nelle fasi successive della crescita e dello sviluppo.

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

---

Si applica nell'Ambulatorio di Follow up delle SC di Pediatria e NPI presso la SC di Pediatria dell'ASL VC - Presidio Ospedaliero S. Andrea, in collaborazione con la SC Psicologia.

È rivolto ai pazienti nati presso i punti nascita di Vercelli e Borgosesia e ai pazienti nati o trasferiti in altri ospedali, ma residenti nell'ASL-VC.

#### 4. DEFINIZIONI ED ACRONIMI

- NPI: Neuropsichiatria Infantile.
- SC: Struttura Complessa.
- PLS: Pediatra di Libera Scelta
- SSvD: Struttura Semplice a valenza Dipartimentale.
- E.G.: età gestazionale
- RM: risonanza magnetica
- SGA: small for gestational age
- IUGR: intra uterine growth restriction
- EC: età corretta
- PN: peso alla nascita
- EEI: encefalopatia ipossico-ischemica
- PCI: paralisi cerebrale infantile

---

#### 5. MODALITÀ OPERATIVE

##### **A. Neonati $\leq 32$ +6 settimane di E.G. e/o neonati con PN $\leq 1500$ g**

Inviare copia della dimissione e lettera del follow up al Pediatra Curante e Struttura NPI competente e ritorno per mail delle valutazioni eseguite sul territorio.

##### A 40 sett. di E.C.

- Visita pediatrica
- Visita NPI + neuropsicomotricista (se presente nella Struttura)
- Visita oculistica (su indicazione clinica)
- Ecografia cerebrale
- EEG (su indicazione clinica)

##### A 3 mesi di E.C.

- Visita pediatrica
- Visita NPI + neuropsicomotricista (se presente nella Struttura)
- Visita oculistica (su indicazione clinica)
- Ecografia cerebrale (su indicazione clinica)
- Potenziali evocati acustici (ORL)
- PEV (NPI Novara)
- EEG (su indicazione clinica)

##### A 6 mesi di E.C.

- Visita pediatrica
- Visita NPI + neuropsicomotricista (se presente nella Struttura)
- Ecografia cerebrale (su indicazione clinica)

##### A 9 mesi di E.C.

- Visita pediatrica
- Visita NPI
- Visita oculistica
- Visita ortottica

##### A 12 mesi di E.C.

- Visita pediatrica

- Visita NPI con SCALA SVILUPPO (Bayley Scales of Infant Development oppure GRIFFITHS Scales) + neuropsicomotricista (se presente nella Struttura)
- Esami virologici a 12 mesi di e.c. per HBV, HCV, HIV e funzionalità epatica nei pazienti trasfusi + eventuali altri esami.

#### A 18, 24 mesi di E.C.

- Visita pediatrica e se necessaria visita auxologica
- Visita NPI
- Eventuale valutazione logopedica

#### A 30 mesi di E.C.

- SCALA SVILUPPO (Bayley Scales of Infant Development oppure Griffiths Scales)

#### A 5 anni

- visita NPI+ WPPSI + pediatrica

#### **Indicare esecuzione di RM all'età corretta di 40 settimane per:**

- ^ Neonati con evidenza di lesioni parenchimali franche all'ecografia (leucomalacia periventricolare cistica, infarto parenchimale emorragico, dilatazione ventricolare post-emorragica da moderata a severa, iperecogenicità persistenti per un periodo > 3-4 settimane).
- ^ Neonati con segni neurologici patologici In casi selezionati la RMN può essere effettuata prima delle 40 settimane di età corretta se ritenuta necessaria dal neurologo o dal neonatologo per individuare precocemente una patologia neurologica definite.

**N.B. RM del neonato pretermine all'età corretta di 40 settimane con ecografia encefalo normale non deve essere eseguita di routine se non a scopo di ricerca.**

#### **B. Neonati da 33+0 a 34 +6 settimane di E.G.**

##### A 40 sett. di E.C.

- Visita pediatrica
- Visita NPI (se non eseguita durante il ricovero)
- Ecografia cerebrale

##### A 3 e 6 mesi di E.C.

- Visita pediatrica
- Visita NPI

##### A 12 mesi di E.C.

- visita NPI/valutazione neuropsicologica con SCALA SVILUPPO (Bayley Scales of Infants Development oppure Griffiths Scales (prosegue follow-up se segni di allarme)
- Ulteriori controlli vengono eseguiti dal Pediatra

#### **C. Neonati da 35+0 a 36 +6 settimane di E.G.**

##### A 40 sett. di E.C.

- Visita pediatrica
- Visita NPI

- Ecografia cerebrale (su indicazione clinica)
- Ulteriori controlli vengono eseguiti dal Pediatra

#### **D. SGA $\leq$ 3° centile**

##### A 40 settimane se prematuri, altrimenti a 1 mese

- Visita pediatrica
- Visita NPI
- Visita oculistica (su indicazione clinica)
- Ecografia cerebrale (su indicazione clinica)

#### **A 3 mesi:**

- Visita NPI
- Visita pediatrica:
  - se è stato superato il 3° centile: sospende follow up neonatologico, consegnare lettera per il curante per visita endocrinologica a 12 e 24 mesi
  - se ancora inferiore a 3° centile programmare visita a 6 mesi di vita.

#### **A 6 mesi**

- Visita pediatrica
- Visita NPI (su indicazione clinica)

#### **A 12 mesi**

- Visita pediatrica (se ancora inferiore a 3° centile)
- Visita NPI
- Programmare visita endocrinologica

#### **A 24 mesi**

- Visita NPI/ valutazione neuropsicologica con SCALA SVILUPPO (Bayley Scales of Infant Development oppure Griffiths Scales) (sulla base dell'indicazione clinica a 12 mesi)

#### **E. Neonati sottoposti a IPOTERMIA (HUB)**

Qualora tali pazienti abbiano già eseguito visita NPI, EEG e RM encefalo prima della dimissione dal Reparto di Terapia Intensiva Neonatale, potranno proseguire il follow up pediatrico e neuropsichiatrico presso il nostro ambulatorio con le seguenti scadenze:

##### A 1 mese di vita o di E.C.

- Potenziali Evocati Visivi e Uditivi

##### A 3 mesi di vita o di E.C.

- Visita pediatrica
- Visita NPI + neuropsicomotricista
- Ecografia cerebrale (su indicazione clinica)
- EEG (su indicazione clinica)

##### A 6 mesi di vita o di E.C.

- Visita pediatrica
- Visita NPI + neuropsicomotricista
- Ecografia cerebrale (su indicazione clinica)

A 12 mesi di vita o di E.C.

- Visita pediatrica
- Visita NPI/ valutazione neuropsicologica con SCALA SVILUPPO (Bayley Scales of Infant Development oppure Griffiths Scales) +( neuropsicomotricista)

A 18, 24 mesi di vita o di E.C.

- Visita pediatrica
- Visita NPI

A 30 mesi

valutazione neuropsicologica con SCALA SVILUPPO (Bayley Scales of Infant Development oppure Griffiths Scales)

A 5 anni:

visita NPI/visita neuropsicologica con SCALA SVILUPPO (WPPSI)

**F. Neonati con sofferenza perinatale senza i criteri per effettuare ipotermia (HUB)**

Visita NPI prima della dimissione

EEG prima della dimissione

A 3 – 6 - 12 mesi

- Visita pediatrica
- Visita NPI e SCALA SVILUPPO (Bayley Scales of Infant Development oppure Griffiths Scales) a 12 mesi

A 18 mesi - 24 mesi - 5 anni

- Visita pediatrica
- Visita NPI

**G. Neonati con sofferenza perinatale lieve che non hanno eseguito CFM:**

A 3 mesi

- Visita pediatrica, se indicazione clinica
- Visita NPI (su indicazione clinica)

**H. Neonati con sindromi**

Secondo indicazione clinica.

Tutti i nati di EG <= 32 settimane + 6 gg e/o <= 1500 gr e gli asfittici che hanno eseguito ipotermia proseguiranno il follow up presso HUB o presso ASL di competenza che si rende disponibile.

## 6. RESPONSABILITÀ

Le responsabilità di ciascuna funzione sono descritte nella tabella 1.

Funzione responsabile	Attività
Direttore SC Pediatria, Direttore SC NPI e Responsabile SC Psicologia	Aggiornamento e vigilanza della corretta applicazione della procedura
Dirigente medico SC Pediatria	Esegue controllo clinico e programma approfondimenti diagnostici
Dirigente medico SC NPI	Visita il paziente alle scadenze cronologiche programmate
Dirigente SC Psicologia	Effettua valutazione psicologica e di sviluppo e si interfaccia con NPI e Pediatra
Infermiera SC Pediatria	Prenota le visite, assiste alla visita ambulatoriale e rileva i parametri antropometrici, esegue recall del paziente

## 7. MODALITÀ DI VERIFICA E INDICATORI

Il Direttore della SC NPI e della SC di Pediatria verificano la corretta applicazione della presente procedura attraverso il monitoraggio dell'indicatore identificato nella tabella 2, per la cui raccolta può delegare il personale medico/infermieristico afferente alla sua struttura ovvero richiedere alle strutture competenti (es. SC Programmazione e Controllo di Gestione) gli eventuali dati già registrati nei flussi informativi.

Tabelle 2 e 3. Indicatore

NOME DELL'INDICATORE	FORMULA	ATTESO	RIFERIMENTO NORMATIVO/BIBLIOGRAFICO	RILEVAZIONE
Deficit di accrescimento	(n° bambini SGA del follow up/n° bambini con recupero del percentile a 6 mesi)*100	≥90%	Ad hoc	S.C.Pediatria

NOME DELL'INDICATORE	FORMULA	ATTESO	RIFERIMENTO NORMATIVO/BIBLIOGRAFICO	RILEVAZIONE
Effettuazione del follow up	(n° bambini del follow up/n° bambini nati pretermine presso il PO di Vercelli e Borgosesia)*100	≥90%	Ad hoc	S.C.NPI

## 8. RIFERIMENTI

---

- 1) Hope PL, Gould SJ, Howard S, Hamilton PA, Costello AM de L, Reynolds EOR. Precision of ultrasound diagnosis of pathologically verified lesions in the brains of very preterm infants. *Dev Med Child Neurol.* 1988; 30:457-471.
- 2) Kuban KCK, Leviton A. Cerebral palsy. *N Engl J Med.* 1994; 330: 188-195.
- 3) Dammann O, Leviton A. The role of perinatal brain damage in developing disabilities: an epidemiological perspective. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 1997; 3:263-268.
- 4) Clayton PE, Cianfarani S, Czernichow P, Johannsson G, Rapaport R, Rogol A. Management of the child born small for gestational age through to adulthood: a consensus statement of the International Societies of Pediatric Endocrinology and the Growth Hormone Research Society. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007 Mar;92(3):804-10.
- 4) Charles Bauer, Seetha Shankaran and Henrietta Bada, Jing Liu, Carla Bann, Barry Lester, Edward Tronick, Abhik Das, Linda Lagasse; Neonatal Neurobehavior Predicts Medical and Behavioral Outcome *Pediatrics* 2010;125; e90-e98
- 5) Cecilia Ekeus, Karolina Lindström, Frank Lindblad, Finn Rasmussen and Anders Hjern Preterm Birth, Social Disadvantage, and Cognitive Competence in Swedish 18- to 19-Year-Old Men *Pediatrics* 2010;125;e67-e73
- 6) Bernstein IM et al. Morbidity and mortality among very-low-birth-weight neonates with intrauterine growth restriction. The Vermont Oxford Network. *Am J Obstet Gynecol* 182: 198-206 2000
- 7) Barker DJ et al. Trajectories of growth among children who have coronary events as adults. *N.Engl J Med* 353:1802-1809
- 8) Blair E et al. Epidemiology of cerebral palsy. *Semin Fetal Neonatal Med* 2006; 11: 117-25.
- 9) Shankaran S. Prevention, diagnosis and treatment of CP in near term and term infants. *Clin Obs Gyn* 2008; 51:829-39.
- 10) Gardosi J. New definition of small for gestational age based on fetal growth potential. *Horm Res.* 2006;65 Suppl 3:15-8.
- 11) Clayton PE, Cianfarani S, Czernichow P, Johannsson G, Rapaport R, Rogol A. Management of the child born small for gestational age through to adulthood: a consensus statement of the International Societies of Pediatric Endocrinology and the Growth Hormone Research Society. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007 Mar;92(3):804-10.
- 12) Bertino E, Spada E, Occhi L, Coscia A, Giuliani F, Gagliardi L, Gilli G, Bona G, Fabris C, De Curtis M, Milani S. Neonatal anthropometric charts: the Italian neonatal study compared with other European studies. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010 Sep;51(3):353-61.
- 13) Gagliardi L, Macagno F, Pedrotti D, Coraiola N, Furlan R, Agostini L, Milani S. Standard antropometrici neonatali prodotti dalla task-force della Società Italiana di Neonatologia e basati su una popolazione italiana Nord-Orientale. *Riv Ital Ped* 1999; 25: 159-169.
- 14) Barker DJ et al. Fetal origins of coronary disease. *BMJ* 1995; 311:171-4.
- 15) Ghirri P, Ladaki C, Bartoli A, Scirè G, Vuerich M, Spadoni GL, Maiorana A, Geremia C, Boldrini A, Cianfarani S. Low birth weight for gestational age associates with reduced glucose concentrations at birth, infancy and childhood. *Horm Res.* 2007;67(3):123-31.

## 9. STORIA DELLE MODIFICHE

---

REV	Data	Descrizione delle modifiche
00	Luglio 2018	Prima emissione

## PROGETTO ALZHEIMER CAFE' IMPLEMENTAZIONE NELL'AREA VERCELLESE

### REFERENTE DI PROGETTO

Dott.a Barbara SARASSO  
Dott.a Lorella PERUGINI

### FOCUS

La prevalenza della demenza nei paesi industrializzati è di circa l'8% negli ultrasessantacinquenni e sale ad oltre il 20% dopo gli ottanta anni (ISS, Osservatorio Demenze, 2014). A fronte di questi dati di prevalenza si stima che il carico assistenziale per l'ASL VC sia di 3678 malati in una popolazione di 172.012 residenti (BDDE al 31.12.2015).

L'incidenza stimata è 1,1 casi per mille che, rapportata alla popolazione aziendale, porta ad identificare 189 nuovi casi all'anno (fonte per la stima dell'incidenza: Di Carlo A et al. 2002).

La demenza di Alzheimer è la forma più frequente di demenza degenerativa progressivamente invalidante che rappresenta il 54% di tutte le demenze con una prevalenza nella popolazione ultrasessantacinquenne del 4,4% (fonte: Ministero della Salute 12.9.2013)

Essa è, inoltre, una malattia sociale in quanto non coinvolge solo il soggetto malato ma anche la rete familiare/sociale in cui è inserito.

Il carico assistenziale di questa malattia è notevole soprattutto perché il prendersi cura dell'anziano ricade sulla famiglia, in particolare sulla donna, a volte il caregiver viene aiutato da un assistente domiciliare, una badante e, in misura minima, dalla rete dei servizi pubblici.

Pochi sono gli anziani non-autosufficienti che trascorrono del tempo fuori casa, che vanno in centri diurni o associazioni. Infatti, tra i fattori che preoccupano gli anziani, ai primi posti vi sono la solitudine e depressione, la condizione economica e la mancanza di servizi per i non-autosufficienti. Il rischio di isolamento delle persone anziane è ormai percepito come problematica importante anche dalle istituzioni e dai nuovi programmi e progetti specifici per tale area.

### STRUTTURE COINVOLTE

CDCD centro disturbi cognitivi delle demenze  
Neurologia  
Psicologia  
Servizio Sociale Aziendale  
Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale  
Enti Gestori : Comune di Vercelli e Consorzio CISAS  
NOCC Nucleo ospedaliero di continuità delle cure  
NDCC Nucleo distrettuale di continuità delle cure  
Cure Domiciliari  
MMG  
Associazioni di volontariato

### RAZIONALE

Il primo Alzheimer café nasce grazie all'idea di uno psichiatra olandese, Bere Miesen, e risale all'anno 1997, a Leida.

Da allora, molti centri sono sorti in Europa e alcuni, più recentemente, anche in Italia. L'idea iniziale, di "sdrammatizzare" la malattia sgomberandola dallo stigma sociale che la connota - e che condiziona inevitabilmente il vissuto di malati e familiari - è stata declinata nei modi più diversi

Stesura: Dott.ssa Lucia RUGOLO 28/02/2018	Verifica: Dott.ssa Barbara SARASSO – Dott.ssa Lorella PERUGINI	Autorizzazione: Dott.ssa Chiara SERPIERI	Emissione: Dott.ssa Chiara SERPIERI
<i>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</i>			

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<h1 style="margin: 0;">SCHEDA DI PROGETTO</h1>	Scheda progetto.doc
		Pag. 2/9

Elemento comune è un luogo dove gli anziani con problemi di deterioramento cognitivo e i loro parenti possano ritrovarsi in un clima di "normalità", sottolineato dal consumare insieme, in uno spazio accogliente, un caffè o una bibita, e dall'interazione con altri soggetti.

**Gli Alzheimer Cafè propongono un nuovo approccio alla conoscenza della malattia e del malato, facendo emergere una visione "sociale" delle demenze**, tesa a collocare l'ambito patologico del disturbo in una dimensione quotidiana e sostenibile anche per il caregiver.

**Gli Alzheimer Cafè si contraddistinguono per l'offerta di spazi** Il bisogno sociale cui gli Alzheimer Cafè vogliono rispondere non si ferma, infatti, alle necessità del malato, ma abbraccia anche quelle dei suoi familiari, che si trovano ad affrontare, oltre al carico pratico ed economico dettato dalle esigenze dell'assistenza, anche oggettive difficoltà psicologiche dovute al progressivo decadimento fisico e cognitivo dei propri congiunti.

## **OBIETTIVI**

Lo scopo è quello di creare opportunità di incontro tra malati e non all'interno di un ambiente informale, in cui sia possibile vivere momenti conviviali e ricreativi, proponendo attività strutturate e finalizzate a stimolare le abilità relazionali, cognitive e manuali residue .

In particolare " l'Alzheimer Cafè" può aiutare il caregiver durante tutte le fasi della malattia: chi ha il proprio caro alle prime fasi della malattia, tramite il confronto con gli altri caregiver dei pazienti in fasi più avanzate può capire e prepararsi a quanto accadrà in futuro al proprio caro.

Nel Caffè Alzheimer si favorisce il dialogo tra i caregivers secondo modalità di aiuto e mutuo auto-aiuto, si cerca di facilitare la rielaborazione del proprio vissuto tramite un dialogo individuale che diventa un momento formativo-informativo dove il caregiver può ricevere chiarimenti sulla malattia, sulla sua evoluzione e su comportamenti, interventi ed accorgimenti da adottare.

Da tempo è attivo un Alzheimer Cafè da parte dell'Unione Montana dei Comuni della Valsesia.

L'Azienda ASL VC intende promuovere anche nel Comune di Vercelli un Alzheimer Cafè nei Locali del comune stesso attualmente in uso dall'Associazione AVMA sita in via Forlanini 2.

Il servizio che verrà attivato nel Comune di Vercelli, sarà fruibile a tutti, senza vincoli di graduatorie o liste d'attesa, aperto una volta ogni 15 giorni in orario pomeridiano per la durata di circa 2 ore; sarà quindi in continuità con l'esperienza già avviata a livello locale dall'Alzheimer Cafè dall'Unione Montana dei Comuni della Valsesia; in questo modo si andrà ad integrare, anche in altre aree territoriali dell'Azienda, la rete di servizi rivolti agli ammalati di demenza e di Alzheimer e alle loro famiglie nel tentativo di migliorare la loro qualità di vita.

L'apertura di questo ulteriore servizio e le attività di formazione e informazione che vi si svolgeranno, promuoveranno nella cittadinanza una maggiore conoscenza rispetto alla malattia e alle conseguenze che essa comporta, ma anche rispetto alle possibili soluzioni e servizi esistenti sul territorio per la persona colpita e per la sua famiglia.

## **Interventi diretti al paziente:**

1. Attività col paziente: l'educatore ed il terapeuta occupazionale offrono le proprie competenze professionali cercando di individuare attività e laboratori che potenzino le capacità e le risorse residue del paziente. La conoscenza della patologia diagnosticata permette ad entrambi di comprendere le reali potenzialità psicofisiche ancora presenti nei soggetti malati, di definire obiettivi riabilitativi adeguati e di individuare strumenti idonei al raggiungimento degli obiettivi stessi. In base allo scopo da raggiungere, gli interventi di tipo riabilitativo possono essere identificati nelle seguenti categorie:

manuale-operativa: viene attivata attraverso un lavoro pratico che richiede soprattutto l'uso delle mani (bricolage, disegno,..) e del corpo in genere (ginnastica);

Stesura: Dott.ssa Lucia RUGOLO 28/02/2018	Verifica: Dott.ssa Barbara SARASSO – Dott.ssa Lorella PERUGINI	Autorizzazione: Dott.ssa Chiara SERPIERI	Emissione: Dott.ssa Chiara SERPIERI
<i>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</i>			

intellettuale: è indirizzata al recupero delle capacità cognitive, quali lettura, scrittura, memoria; - psicologico-relazionale: agisce sulla capacità di ogni individuo di definire il proprio sé ed essere in grado di rapportarsi con gli altri. La capacità di partecipare alla comunicazione all'interno della relazione di aiuto consente agli operatori di ridimensionare gli ostacoli prevalentemente emotivi, vissuti dal soggetto in difficoltà e di superare, per quanto possibile, i condizionamenti che influenzano il modo di vivere e di vivere.

espressivo-creativa: comprende sia attività relative all'area operativa che cognitivo-psicologica. In base all'esperienza acquisita dai soggetti, facilita la produzione e l'elaborazione di nuove idee e proposte rispetto alla realtà vissuta favorendo la partecipazione e facendo leva sulla motivazione.

2. La stimolazione del paziente avviene attraverso più aspetti:

- AREA LINGUISTICA: la vita nell'Alzheimer Cafè diventa un modo ed un'occasione per stimolare la persona a parlare ed a combattere l'isolamento

- AREA FUNZIONALE: nell' Alzheimer Cafè il paziente può godere di una certa autonomia ed essere coinvolto a livello pratico in lavoretti che stimolino e potenzino per quanto possibile le sue capacità residue

-AREA EMOTIVA: essere coinvolti nelle attività e nella vita di comunità consente al malato di sentirsi ancora utile (ci sarà un'iniziale valutazione al fine di comprendere le reali possibilità e capacità del malato per non rischiare di farlo sentire inutile o incapace)

- AREA COGNITIVA: il dialogo e le attività svolte con l'utente devono permettergli di raggiungere il più alto grado di autonomia consentitagli ancora dalla malattia.

3. Interventi riabilitativi: trattasi di strategie finalizzate a ridurre l'impatto della malattia, limitarne le conseguenze e rallentare l'evoluzione. Tali approcci permettono al paziente demente di mantenere il più alto livello di autonomia e di qualità di vita possibili, compatibilmente con le sue condizioni cliniche.

**Interventi diretti ai caregivers**

E' importantissimo il contributo dei caregivers e, allo stesso tempo, è necessario comprendere quanto anch'essi abbiano bisogno di accoglienza, ascolto ed attenzione. Uno dei compiti principali dell'educatore è quello di occuparsi del parente, sostenerlo, accoglierlo, coinvolgerlo, al fine di "essere insieme" nella sua cura.

E' importante perseverare nell'osservazione e nello scambio di vedute con chi si occupa dei malati: ogni giorno, ogni ora, ogni minuto e possibile imparare qualcosa di nuovo: ecco perchè diventano fondamentali il confronto e lo scambio d'informazioni con i familiari dei pazienti.

Le attività col caregiver si dividono sostanzialmente in Aiuti di tipo pratico e sostegno di tipo emotivo

**Risorse umane fornite dall'ASL VC**

TIPOLOGIA	QUANTITA'
Coordinatore	1
Geriatra/Neurologo	1
Psicologi	1
Infermieri/OSS	1
Fisiatri /Fisioterapisti	1
Assistente sociale Aziendale	1

Contributo da corrispondere semestralmente all'Unione Montata dei Comuni della Valsesia Euro 1208,25

Stesura: Dott.ssa Lucia RUGOLO 28/02/2018	Verifica: Dott.ssa Barbara SARASSO – Dott.ssa Lorella PERUGINI	Autorizzazione: Dott.ssa Chiara SERPIERI	Emissione: Dott.ssa Chiara SERPIERI
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			

**Risorse umane fornite dagli EE.GG. Unione Montana dei Comuni della Valsesia**  
**Sono previsti 10 incontri su tematiche inerenti gli aspetti sanitari, socio assistenziali e legali a cadenza mensile e per ogni incontro verrà organizzato un laboratorio collegato alle tematiche trattate.**

TIPOLOGIA	QUANTITA'	ORE
Coordinatore Gruppo	1	da concordare di volta in volta
Psicologi	1	da concordare di volta in volta
Educatori	1	da concordare di volta in volta

**Dietro richiesta di contributo di complessivi Euro 2416,50/semestre**

### Contributo del volontariato al progetto

N. VOLONTARI	ORGANIZZAZIONE	TEMPO STIMATO IN ORE
Almeno 2 per incontro	AVMA	da concordare di volta in volta

### Contributo del Comune di Vercelli

Contributo da corrispondere semestralmente all'Unione Montana dei Comuni della Valsesia Euro 1208,25

### INDICATORI DI COMPLETAMENTO DEL PROGETTO

Il coordinatore di progetto si occuperà di valutare e verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati tramite indicatori e strumenti di valutazione standardizzati e non.

I parametri di valutazione delle azioni saranno i seguenti:

**Azione 1:** il successo dell'attività di informazione e promozione alla cittadinanza sarà valutato in base alla partecipazione degli utenti, non solo malati e familiari, ma anche cittadini sensibili al tema.

**Azione 2:** per valutare l'aumento di conoscenze negli operatori e nei volontari, al termine degli incontri di formazione verranno fatti compilare questionari di gradimento e di valutazione delle tematiche affrontate.

**Azione 3:** parametri di valutazione dell'azione 3 saranno il grado di partecipazione agli incontri degli utenti (attesi almeno 10) e dei volontari (almeno 2 ad incontro).

Verrà valutato il turn over del numero di partecipanti, l'osservazione di un miglioramento di alcune variabili quali il grado di benessere e di gradimento dei partecipanti, la diminuzione di ansia e depressione, l'aumento del senso di competenza del caregiver e l'allargamento della rete sociale dei partecipanti. La valutazione dei parametri psicologici sarà effettuata dalla Ss Psicologia dell'ASL VC

### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI/NORMATIVI

Deliberazione della Giunta Regionale 14 novembre 2016, n. 37-4207 : Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento recante "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze".

AA. VV., *Non so cosa avrei fatto oggi senza di te. Manuale per i familiari delle persone affette da demenza*, Regione Emilia Romagna, Modena 2003.

D. BARBOT, *Fiori sotto zero. Manuale per la formazione degli operatori addetti all'assistenza dei malati di Alzheimer*, Franco Angeli, Milano 2003.

V. BELL, D. TROXEL, *Il malato di Alzheimer. Manuale per l'assistenza*, Armando Editore, Roma 2001.

E. BRUCE, S. HODGSON, P. SCHWEITZER, *I ricordi che curano. Pratiche di reminiscenza nella Malattia di Alzheimer*, Raffaello Corina Editore, Milano 2003.

Stesura: Dott.ssa Lucia RUGOLO 28/02/2018	Verifica: Dott.ssa Barbara SARASSO – Dott.ssa Lorella PERUGINI	Autorizzazione: Dott.ssa Chiara SERPIERI	Emissione: Dott.ssa Chiara SERPIERI
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>SCHEDA DI PROGETTO</b>	Scheda progetto.doc Pag. 5/9
---	---------------------------	---------------------------------

A. CESTER, P. PIERGENTILI, U. SENIN, *La valutazione multidimensionale geriatria ed il lavoro d'équipe*, Ediz. Vega, Belluno 1999.

M.G. CHIOZZOTTO, G. ANDREONI, *L'anziano e la demenza. Cause terapie e progetti*, Edizioni Vega, Belluno 1998.

N. FEIL, *Il metodo validation. Una nuova terapia per aiutare gli anziani disorientati*, Ediz. Steling e Kupfer, Milano 2000.

T. FERRERI, *L'anziano che si è perso. Il decadimento delle funzioni cognitive mentali: prevenirlo e controllarlo*, Ediz. Vega. Belluno

Stesura: Dott.ssa Lucia RUGOLO 28/02/2018	Verifica: Dott.ssa Barbara SARASSO – Dott.ssa Lorella PERUGINI	Autorizzazione: Dott.ssa Chiara SERPIERI	Emissione: Dott.ssa Chiara SERPIERI
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			

## FASI, RISORSE, RESPONSABILITÀ, TEMPI

### Piano delle azioni: elenco e tempi

FASE	Responsabile	Risorse	Prodotti	Durata
1. Informazione e promozione alla cittadinanza	Ufficio Comunicazione	Sito Aziendale	Vedi descrizione della singola fase sottoriportata	15 gg
2. Formazione a volontari e operatori	CDCD /Assistente Sociale Aziendale	Interne ed esterne	Vedi descrizione della singola fase sottoriportata	15 gg
3. Apertura Alzheimer Cafè	Coordinatore Progetto	Locali Comune di Vercelli	Vedi descrizione della singola fase sottoriportata	Entro il mese di ottobre 2018 in data da definirsi
4. Valutazione degli indicatori	Coordinatore Progetto		Report	A sei mesi dall'apertura

### Piano delle Azioni: specifiche di dettaglio

#### Azione 1 INFORMAZIONE E PROMOZIONE ALLA CITTADINANZA

**Obiettivo:** informare sull'apertura dell' Alzheimer Cafè nel Comune di Vercelli e promuovere un aumento delle conoscenze rispetto alla malattia e ai servizi territoriali offerti.

**Destinatari:** tutta la cittadinanza.

**Modalità di fruizione:** produzione e diffusione (negli ambulatori dei medici di base, nei centri di aggregazione per anziani ecc..) di materiale informativo che promuova gli Alzheimer Cafè presenti sul territorio, con l'intenzione di raccogliere eventuali adesioni di nuovi volontari.

L'azione promozionale ha una doppia valenza: in primo luogo propedeutica rispetto all'apertura del Cafè, informando la popolazione del servizio che si aprirà e contestualmente far sì che ci siano volontari disponibili a collaborare al progetto. In secondo luogo, l'azione di promozione serve a far conoscere ai famigliari dei potenziali utenti questa nuova possibilità

Stesura: Dott.ssa Lucia RUGOLO 28/02/2018	Verifica: Dott.ssa Barbara SARASSO – Dott.ssa Lorella PERUGINI	Autorizzazione: Dott.ssa Chiara SERPIERI	Emissione: Dott.ssa Chiara SERPIERI
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			

**Prodotti (eventuali):** materiale promozionale (volantini, locandine, articoli).

**Risultati attesi:** ci si aspetta che la popolazione sia informata sull'apertura dei due Alzheimer Cafè e che le persone interessate, non solo malati e familiari, partecipino agli incontri pomeridiani promossi.

### **Azione 2 FORMAZIONE A VOLONTARI E A OPERATORI**

**Obiettivo:** aumentare le conoscenze dei volontari sulle attività che verranno svolte e sulle modalità di lavoro che si dovranno adottare all'interno degli Alzheimer Cafè

**Destinatari:** volontari delle associazioni promotrici ed eventuali persone interessate

**Modalità di fruizione:** saranno organizzati degli incontri di formazione per volontari coinvolti e incontri di supervisione durante i quali valutare in itinere il lavoro svolto. In tutto, si stimano circa 10 ore di formazione sui seguenti temi:

- le demenze: caratteristiche principali e metodi diagnostici
- i primi sintomi: come riconoscerli e a chi rivolgersi
- la stimolazione cognitiva per ritardare l'aggravamento dei sintomi
- i disturbi comportamentali del malato demente

**Prodotti (eventuali):** eventuali dispense sui temi trattati. Questionari di gradimento e valutazione degli argomenti trattati.

**Risultati attesi:** aumentare le conoscenze di volontari circa le attività e l'organizzazione dei servizi che si andranno a costituire al fine di elaborare uno stile di lavoro adeguato e unitario.

Stesura: Dott.ssa Lucia RUGOLO 28/02/2018	Verifica: Dott.ssa Barbara SARASSO – Dott.ssa Lorella PERUGINI	Autorizzazione: Dott.ssa Chiara SERPIERI	Emissione: Dott.ssa Chiara SERPIERI
<i>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</i>			

### **Azione 3 APERTURA DELL' ALZHEIMER CAFE' NEL COMUNE DI VERCELLI**

**Obiettivo:** creare opportunità di incontro tra malati e non in cui, oltre a momenti conviviali e ricreativi, si possa offrire ai caregiver sostegno emotivo, informazione e formazione e ai malati attività finalizzate a stimolare le abilità relazionali, cognitive e manuali residue e a migliorare la loro qualità di vita.

**Destinatari:** persone con demenza e malati di Alzheimer, loro familiari e/o caregivers, agli operatori del settore, ai volontari e a tutte le persone interessate alle problematiche.

**Modalità di fruizione:** accesso libero senza vincoli di graduatorie o liste di attesa ai diversi incontri: uno ogni 15 giorni in orario pomeridiano della durata di circa 2 ore. Ogni apertura prevederà del tempo dedicato all'accoglienza, ai saluti informali e a momenti di carattere conviviale e ludico, seguiranno attività diverse, riguardanti separatamente malati e familiari o entrambi contemporaneamente. Attività previste per le persone malate sono: esercizi di stimolazione cognitiva, emotiva e comportamentale, interventi di reminiscenza, attività di tipo occupazionale, attività ludiche, di socializzazione e condivisione. I familiari, oltre ad essere coinvolti nelle attività insieme ai malati, potranno partecipare a spazi di formazione e informazione sulla malattia, di discussione di gruppo, di sostegno psicologico.

**Prodotti (eventuali):** eventuali prodotti delle attività culturali, ludiche o di tipo occupazionale proposte.

**Risultati attesi:** favorire il benessere dell'anziano con demenza, dare sollievo alle famiglie aiutando i caregivers a sostenere il carico assistenziale con modi efficaci e consapevoli, prevenire e ridurre l'isolamento delle famiglie e sensibilizzare la popolazione sul tema della demenza.

Stesura: Dott.ssa Lucia RUGOLO 28/02/2018	Verifica: Dott.ssa Barbara SARASSO – Dott.ssa Lorella PERUGINI	Autorizzazione: Dott.ssa Chiara SERPIERI	Emissione: Dott.ssa Chiara SERPIERI
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			

**CRONOGRAMMA**

FASI/ATTIVITÀ	MESI																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. Informazione e promozione alla cittadinanza																		
2. Formazione a volontari e operatori																		
3. Apertura Alzheimer Cafè																		
4. Valutazione degli indicatori																		

Stesura: Dott.ssa Lucia RUGOLO 28/02/2018	Verifica: Dott.ssa Barbara SARASSO – Dott.ssa Lorella PERUGINI	Autorizzazione: Dott.ssa Chiara SERPIERI	Emissione: Dott.ssa Chiara SERPIERI
<i>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</i>			

# Protocollo dello studio *La Casa della Salute*

L'impatto della ri-organizzazione sanitaria attraverso il modello d'integrazione sociosanitaria delle Case della Salute: una serie temporale interrotta

di Silvia Caristia<sup>1</sup>

## Indice

<b>1. Background</b>	2
<b>2. Obiettivo</b>	3
<b>3. Materiali e metodi</b>	4
<b>3.1. Osservazione delle Case della Salute: processo e stato di implementazione</b>	4
<b>3.2. ITS: disegno dello studio e ipotesi</b>	4
<b>3.2.1. Partecipanti</b>	6
<b>3.2.2. Intervento</b>	6
Caratteristiche delle Case della Salute	7
<b>3.2.2.1. Implementazione</b>	8
<b>3.2.3. Controllo</b>	8
<b>3.2.4. Outcome</b>	9
<b>3.2.5. Analisi dei dati</b>	10
<b>Bibliografia</b>	12
<b>Allegati</b>	14
Allegato A1 Outcome organizzativi	15
Allegato A2 Outcome di impatto economico	16
Allegato A3 Altri outcome di salute e surrogati	17

---

<sup>1</sup> Studente di dottorato presso il DIMET dell'Università del Piemonte Orientale, ciclo XXXIII.

## 1. Background

Negli ultimi decenni, si sta assistendo ad un ripensamento delle logiche organizzative del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) per rispondere a cambiamenti della domanda assistenziale sempre più complessa e multidimensionale, e fortemente correlata alla transizione demografica della popolazione. Il numero di persone con problemi di salute cronici, presenta un andamento in costante crescita, inflazionato dal graduale processo di invecchiamento demografico (1,2). Malattie quali il diabete, il cancro, le cardiopatie e numerose malattie respiratorie si associano alla progressiva riduzione delle capacità funzionali, comportando un bisogno assistenziale e un'attività clinica persistente nel tempo.

Tali caratteristiche implicano un'erogazione dei servizi assistenziali secondo approcci sensibilmente differenti dal *modello ospedalocentrico*. La degenza ospedaliera rischia, ad esempio, di impattare negativamente sul mantenimento dell'anziano cronico, aumentando la probabilità di situazioni di isolamento ed emarginazione.

Ma questa non sembra essere l'unica conseguenza di un modello eccessivamente basato sull'offerta di assistenza sanitaria attraverso l'ospedale. Negli ultimi anni, infatti, gli accessi detti "impropri" al pronto soccorso, ovvero che non necessitano ricovero ospedaliero o di prestazioni di emergenza e che possono essere trattati in modo efficace anche dai servizi territoriali di base rivolgendosi ai medici di medicina generale (MMG) o di continuità assistenziale (MCA), sono aumentati in modo costante (3).

Questo causa conseguenze negative in termini di perdita dell'efficienza e capacità di risposta tempestiva ai bisogni (efficacia) a causa di sovraffollamento dei servizi per l'emergenza territoriale che dilatano i tempi di attesa (3). Diversi studi hanno messo in evidenza come i ritardi nell'assistenza, per eccessivi tempi di attesa, siano connessi con maggiore mortalità, aumento della durata media dei ricoveri in terapia intensiva, aumento dello stress a carico del personale sanitario con maggiore rischio di errori, riduzione della qualità della cura offerta e maggior rischio di burnout degli operatori sanitari (4–6). Il tutto si traduce in maggiori costi per la Sanità Pubblica, in conseguenza alla riduzione della qualità delle cure offerte che fa lievitare la spesa pubblica per la sanità a causa di una minore efficacia della cura stessa (7), nonché nella perdita di diritti dei pazienti (8).

In Italia gli ospedali oggi continuano ad essere i principali erogatori di servizi di cura e assistenza del SSN (9). L'istituzione del SSN con la L. 833/78 ha comportato fin da subito una crescita dei costi legati all'implementazione di strutture e servizi, ma soprattutto per le politiche di ripiano del debito e delle U.S.L (10). Dal 2012 al 2016 vi è stato un incremento medio annuo di spesa per la sanità dello 0,9% (con un aumento dell'1% rispetto all'anno 2015). Il 55% della spesa è orientata alla cura e riabilitazione (corrispondente al 5% del PIL) ed, essendo in Italia gli ospedali i principali erogatori di cura, questi incidono per circa la metà (45,5%) sul totale della spesa sanitaria (9).

La ricerca di soluzioni e contesti alternativi all'ospedale ha favorito lo spostamento dell'attenzione all'offerta territoriale e alle forme di assistenza domiciliare utilizzando un approccio più focalizzato sul suo contesto di vita quotidiana del paziente. In tal senso, l'offerta di assistenza sanitaria territoriale diventa luogo elettivo per la prevenzione, la gestione delle patologie croniche e la personalizzazione dell'assistenza (11). Tali soluzioni sono più attente a contenere la spesa sanitaria, a mitigare l'impatto della malattia sulla qualità di vita, a responsabilizzare il paziente sugli stili di vita, coinvolgendolo attivamente nella gestione della propria condizione di salute (self-care) (12).

Nell'ambito dell'assistenza primaria, il modello tradizionale incentrato sul MMG sembra dimostrarsi inappropriato a rispondere alla complessità emergente nel contesto socio-sanitario. Il sistema sanitario è chiamato ad anticipare i bisogni dei pazienti e a seguirli in maniera continuativa lungo tutto il percorso assistenziale, secondo una sanità di iniziativa integrata con i servizi sociali. Il processo di integrazione socio-sanitaria trova il suo principio di esistere nella Carta Costituzionale stessa, basandosi sull'idea che la salute non sia solo una condizione di assenza di malattie, ma un complesso status di equilibrio psico-fisico in cui la dimensione sociale ha un ruolo fondamentale. A fronte di una sempre maggiore frammentazione del sapere, per garantire una risposta comprensiva e unitaria, l'assistenza primaria deve essere distribuita all'interno di un sistema più ampio e articolato di più professionalità, sanitarie, sociali e amministrative, interdipendenti tra di loro.

In questo ambito si colloca l'esperienza delle Case della Salute, intese come "luoghi" (polivalenti) che offrono prestazioni sociosanitarie attraverso la continuità spaziale e funzionale dei servizi e professionisti e l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie.

## 2. Obiettivo

### **Obiettivo generale.**

Valutare l'impatto della riorganizzazione dell'A.S.L. di Vercelli attraverso le Case della Salute.

### **Obiettivi specifici.**

- i) Processo: osservare lo stato e il processo di implementazione delle Case della Salute al fine di collocare l'attivazione delle cinque Case in studio nella linea temporale.
- ii) Impatto organizzativo: valutare l'impatto delle Case della Salute su la riduzione della domanda di servizi di cura verso le due unità ospedaliere dell' A.S.L..
- iii) Impatto economico: valutare l'impatto economico della riorganizzazione dei servizi attraverso misure di efficienza.
- iv) Impatto su outcome di salute: valutare l'effetto dell'integrazione funzionale e strutturale sociosanitaria su alcuni outcome di salute.

### 3. Materiali e metodi

Gli obiettivi di processo saranno raggiunti come da protocollo dello studio “*Osservazione del processo di implementazione delle Case della Salute nell’ASL di Vercelli*”.

Gli obiettivi organizzativi, economici e di salute saranno raggiunti con un’analisi su modello delle serie temporali interrotte a baseline multiplo con controllo.

#### 3.1. Osservazione delle Case della Salute: processo e stato di implementazione

Si rimanda al documento “*Osservazione del processo di implementazione delle Case della Salute nell’ASL di Vercelli*”.

#### 3.2. ITS: disegno dello studio e ipotesi

**Ipotesi.** Con l’introduzione delle Case della Salute nell’ASL di Vercelli ci attendiamo effetti diretti visibili nel breve periodo sia nella popolazione residente nelle aree afferenti alle 5 Case della Salute sia nella popolazione residente nel territorio complessivo di competenza dell’ASL di Vercelli. Specificamente, attendiamo cambiamenti dal punto di vista:

- a) Organizzativo: miglioramento degli outcome organizzativi (cambiamento della pendenza) in seguito ad un lag successivo all’attivazione delle Case della Salute, relativi all’uso improprio dei servizi ospedalieri (accessi al pronto soccorso in codici bianco e verde su totale degli accessi), ricoveri tra la popolazione fragile e >75 anni sul totale dei ricoveri, lunghezza della degenza e dei tempi di attesa per la prima visita / esame diagnostico da parte della popolazione residente nei Comuni afferenti le Case della Salute, in comparazione con quella residente nei restanti Comuni dell’ASL (**Allegato A1**).
- b) Economico (territorio dell’ASL): miglioramento degli outcome economici (cambiamento della pendenza) in seguito ad un lag successivo all’attivazione delle Case della Salute, relativi all’ammontare di prestazioni specialistiche, ospedalizzazione, ADI in relazione alle ore lavorate. Questi outcome saranno analizzati sull’intera popolazione dell’ASL (**Allegato A2**).
- c) Salute: miglioramento degli outcome di salute (cambiamento della pendenza) nella popolazione residente nei comuni afferenti ai territori sperimentali in seguito ad un lag successivo all’attivazione delle Case della Salute. Gli outcome (**Allegato A3**) attesi saranno relativi a riduzione degli accessi al pronto soccorso al netto degli accessi impropri, riduzione dei ricoveri per scompenso, diabete, rottura del collo del femore (nella popolazione >75 anni), riduzione dei decessi a 30 gg da ricovero per scompenso, riduzione di ADI per tumori in stato avanzato. Ci attendiamo una riduzione di questi outcome visibile nella popolazione residente nei Comuni delle Case della Salute in comparazione con quella residente nei restanti Comuni dell’ASL.

In seguito all'attivazione e all'implementazione progressiva delle Case della Salute nei 5 territori menzionati, ci attendiamo anche effetti di salute indiretti di lungo periodo nell'intero territorio dell'ASL per *effetto contaminazione*. Infatti, la riduzione delle prestazioni ospedaliere per una riduzione della domanda proveniente dai residenti nei territori sperimentali, può aumentare la qualità dell'offerta sanitaria ospedaliera (riducendo per esempio i tempi di attesa e il sovraffollamento dei pronto soccorsi) con un miglioramento degli outcome di salute nel lungo periodo visibile anche nella popolazione non residente nei territori sperimentali, un'ulteriore riduzione delle prestazioni totali (miglioramento incrementale degli outcome organizzativi) e delle spese (miglioramento incrementale degli outcome economici) (Fig. 1).

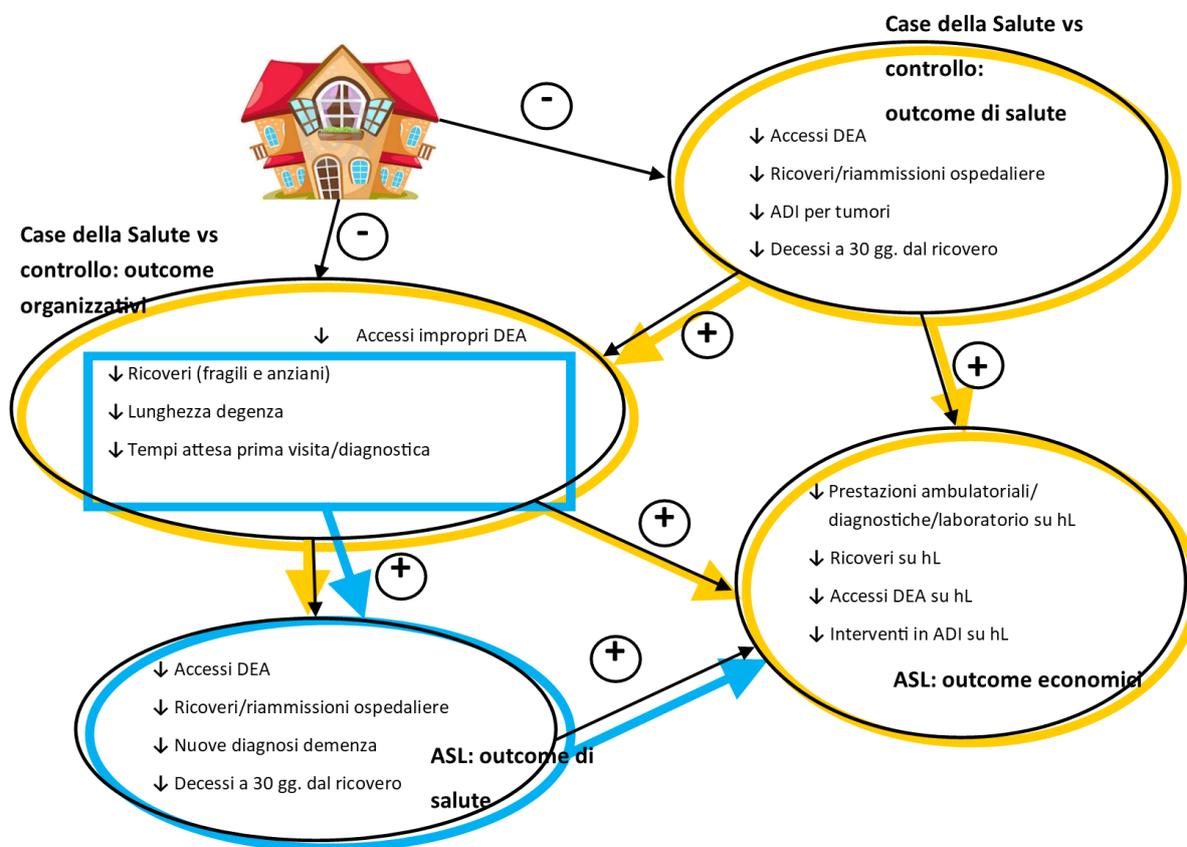


Figura 1 Effetti diretti e indiretti attesi dalla sperimentazione delle Case della Salute

### Disegno dello studio.

Si propone uno studio sul modello delle serie temporali interrotte con un disegno a baseline multiplo di tipo A-B con controllo (13,14).

Per questo studio, la riorganizzazione aziendale dell'ASL di Vercelli in Case della Salute rappresenta la manipolazione della variabile indipendente (X).

Gli outcome di salute per la valutazione dell'effetto diretto saranno collezionati per la sola popolazione residente nei comuni afferenti alle cinque Case della Salute in osservazione: Gattinara,

Santhià, Varallo, Coggiola e Cigliano (analisi primaria) e messi in comparazione con quelli collezionati e relativi la popolazione afferente ai Comuni restanti dell'ASL.

Gli outcome (Y) economici e di salute per l'osservazione degli effetti indiretti saranno saranno collezionati e analizzati su tutta la popolazione residente e domiciliata nell'ASL di Vercelli..

### 3.2.1.Partecipanti

Tutti i residenti nei comuni afferenti alle cinque Case della Salute, per la valutazione degli effetti diretti (analisi primaria).

Tutti i residenti nell'ASL di Vercelli, per la valutazione degli effetti indiretti (analisi secondaria).

### 3.2.2.Intervento

Le Case della salute, definite a livello nazionale dalla L. finanziaria 296/2006 e dal Decreto del Ministero della Salute del 10/07/2007 attuativo, *sono modelli funzionali e/o strutturali (polivalenti) che offrono prestazioni sociosanitarie attraverso la continuità spaziale e funzionale dei servizi e professionisti e l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie.* Queste sono state identificate come strutture di riferimento per l'erogazione delle cure primarie, in cui deve essere garantita l'assistenza di continuità 24 ore su 24 per 7 giorni su 7.

**Il DGR 26-1653 del 29/06/2015 della Regione Piemonte** ad oggetto «Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e D.G.R. n.1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.» definisce le Case della Salute come «forme organizzative (...) proseguita nella configurazione di medicina di gruppo garantendo, nella stessa sede, l'integrazione con le attività infermieristiche, diagnostiche e specialistiche, nonché con le aree sociosanitarie della domiciliarità e residenzialità.» (pg. 18, D.G.R. 26-1653 del 29/06/2015).

La **Determina regionale 438 del 30/06/2017** stabilisce che la progettazione delle ASL e dei distretti deve individuare le Case della Salute come **luoghi fisici operativi per la medicina di iniziativa orientata alla gestione della cronicità, alla continuità assistenziale e alla presa in carico multidisciplinare attraverso interventi trasversali e programmati in base al rischio e attraverso la valorizzazione i) dei percorsi diagnostico-terapeutici per i cronici e fragili e ii) della prevenzione e della promozione della salute.**

La stessa continua stabilendo che le sperimentazioni devono programmare i protocolli operativi per il **raccordo tra le Case della Salute e: i) l'area specialistica territoriale e ospedaliera per la gestione della cronicità e fragilità, ii) il sistema dell'emergenza-urgenza, iii) l'area socio-sanitaria e socio-assistenziale e iv) l'area della continuità territoriale.**



Le Case della Salute elette come casi sperimentali per lo studio sono le seguenti:

- i) Casa della Salute di Varallo situata a nord-est della Provincia corrispondente ai comuni di Varallo, Sabbia (frazione di Varallo), Alagna Valsesia, Riva Valdobbia (frazione di Alagna Valsesia), Mollia, Campertogno, Piode, Pila, Scopello, Scopa, Balmuccia, Vocca, Carcoforo, Rima (frazione di Alto Sermenza), Rimasco (frazione di Alto Sermenza), Boccioleto, Rossa, Rimella, Fobello, Cervatto, Cravagliana, Rassa, Civiasco;
- ii) Casa della Salute di Coggiola situata al confine nord-ovest e corrispondente a comuni della Provincia di Vercelli (Guardabosone e Postua) e di Biella (Coggiola, Pray, Crevacuore, Ailoche, Caprile, Portula);
- iii) Casa della Salute di Gattinara situata nell'area centrale della Provincia in cui vi sono comuni vercellesi (Gattinara, Lozzolo, Serravalle e frazioni, Lenta, Roasio, Ghislarengo, , Rovasenda), novaresi (Grignasco, Romagnano, Prato Sesia) e uno biellese (Sostegno)
- iv) Casa della Salute di Santhià situata nel centro-sud della Provincia corrispondente ai comuni di Santhià, Balocco, Buronzo, Carisio, Croova, Salasco, San Germano, Tronzano;
- v) Casa della Salute di Cigliano situata a sud-ovest della Provincia corrispondete ai comuni di Cigliano, Borgo d'Ale, Moncrivello, Livorno Ferraris, Bianzè, Alice Castello.

### 3.2.2.1. Implementazione

Per tutte le informazioni riguardante l'implementazione e l'attivazione delle Case della Salute si rimanda alla Delibera del Direttore Generale dell'ASL VC 1034 del 8/11/2017. Ulteriori informazioni saranno raccolte secondo il protocollo "*Osservazione del processo di implementazione delle Case della Salute nell'ASL di Vercelli*".

Le Case della Salute dell'ASL di Vercelli sono state attivate con tale denominazione con la delibera aziendale 1034/2017. Tuttavia, al fine di poter collocare l'intervento (X) sulla linea temporale per effettuare l'analisi, è necessario individuare lo stato di implementazione delle diverse 5 realtà. Questo verrà fatto secondo il protocollo "*Osservazione del processo di implementazione delle Case della Salute nell'ASL di Vercelli*".

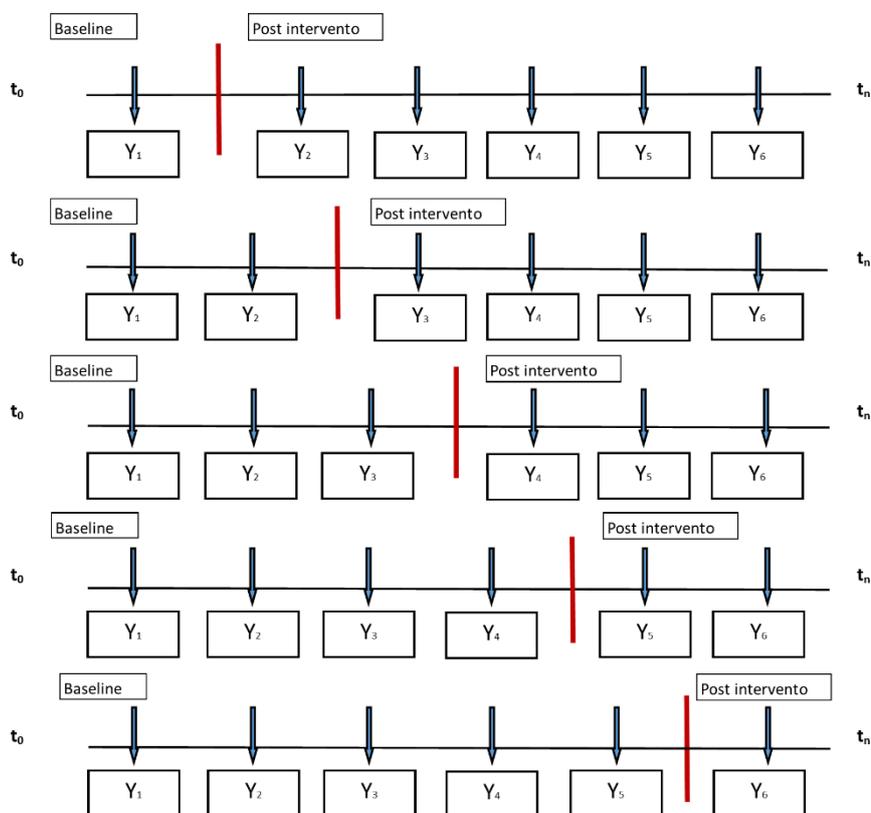
### 3.2.3. Controllo

Nelle Serie Temporal Interrotte il controllo è rappresentato da quell'insieme di dati relativi gli anni di baseline (Fig. 2), ovvero antecedenti l'intervento (X). Ipotizzando degli effetti visibili a livello di territori sperimentali (effetti diretti), i territori dell'ASL non afferenti alle Case della Salute possono essere utilizzati come ulteriore controllo per esempio della "storia naturale della malattia". In questo caso,

saranno usati come controllo le serie temporali degli outcome di salute e organizzativi relativi la popolazione residente e domiciliata nei Comuni non afferenti alle Case della Salute dell'ASL.

Essendo la realtà in osservazione una politica complessa, che non viene implementata in un lasso di tempo limitato ma come risultato di lunghi processi multifattoriali, è possibile che in seguito all'osservazione dello stato e del processo di attivazione, alcuni territori sperimentali (o Case della salute) verranno considerate come parte del controllo.

Per l'analisi secondaria degli effetti indiretti, si userà come controllo unicamente la serie di dati antecedente la data individuata di implementazione dell'intervento (il baseline nella Fig. 2).



\*Le linee rosse in figura 1 rappresentano le interruzioni (l'avvio della Casa della Salute) in ciascun dei cinque territori sperimentali in osservazione.

Figura 2 I territori sottoposti a sperimentazione del modello Casa della Salute: i casi in studio

### 3.2.4. Outcome

Un punto di forza delle Serie Temporal Interrotte è che generalmente non sono affette dai tipici confondimenti o modificatori d'effetto come l'età e lo status socioeconomico (13). Tuttavia, per individuare differenze legate a popolazioni diverse in termini di domanda assistenziale, si è

comunque deciso di strutturare le analisi per sesso, età della popolazione, caratteristiche socio-economiche, e tipo di patologia (per alcuni outcome, si veda sotto).

### **Outcome primari**

Saranno outcome primari per la valutazione di efficacia saranno il *tasso annuale di accesso al pronto soccorso al netto degli accessi impropri* (codici bianco e verdi) e *il tasso annuale di ricovero*.

### **Outcome secondari**

Selezione ragionata di pochi ma esaustivi outcome di tipo organizzativo, economico e di salute (si rimanda agli **Allegati A1, A2 e A3** per l'elenco completo degli outcome).

### **Unità temporale della collezione dati**

Ipotizzando un impatto visibile sul lungo periodo (a tre anni dall'intervento), l'unità temporale per la collezione dei dati relativi gli outcome sarà l'anno solare. Per assicurare attendibilità e validità delle stime saranno presi dati di baseline almeno per i 5 anni precedenti l'avvio della Casa della Salute implementata per prima nel tempo (15). Gli outcome saranno collezionati da database e registri amministrativi relativi la popolazione residente nella provincia di Vercelli.

## **3.2.5. Analisi dei dati**

**Analisi descrittive.** Una prima analisi descrittiva servirà per identificare i trend sottostanti i dati, modelli stagionali e gli outliers. In particolare, per visualizzare i trend verranno prodotti grafici a dispersione delle serie temporali, saranno calcolati indici di posizione e confronti bivariati con semplici correlazioni tra gli outcome e i possibili confondimenti temporali.

**Dati mancanti.** Per ridurre il rischio del bias legato ai dati mancanti, questi saranno trattati attraverso il metodo della *multiple imputation (MI)* come approccio per stimare i dati mancanti.

A seconda della natura (continua o dicotomica) e del numero delle variabili con dati mancanti sarà scelta una regressione lineare o logistica, semplice o multipla. In questo secondo caso, a seconda del tipo di relazioni assunte tra queste variabili, sarà scelto un modello condizionale che usa la regressione sequenziale (16) o congiunta (nel caso di indipendenza) (17).

**Analisi di regressione.** La stima dell'impatto è calcolata con un modello di regressione. La formula standard del modello è (13):

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 T + \beta_2 X_t + \beta_3 T X_t$$

$\beta_0$  è il livello di baseline al tempo 0

$\beta_1$  è il cambiamento dell'outcome associato alla crescita di un'unità temporale (il trend pre-intervento)

$\beta_2$  è il cambiamento di livello conseguente l'intervento

$\beta_3$  è il cambiamento della pendenza conseguente l'intervento usando l'interazione tra tempo e intervento.

Per questo studio verrà usata una regressione di Poisson. Le analisi saranno strutturate per le variabili supposte modificanti la stima d'impatto, quali età, sesso, gravità della patologia, stato socio-economico.

**Confronto con controlli.** I dati di baseline delle Case della Salute attivate successivamente (Gattinara, Varallo, Coggiola) o ancora in corso di attivazione (Cigliano) verranno usati come serie temporali di controllo per la Casa della Salute di Santhià attiva già da qualche anno (anche se con altra denominazione).

Un ulteriore controllo per l'analisi primaria degli effetti diretti verrà dal confronto con gli andamenti temporali degli stessi outcome raccolti per la popolazione residente e domiciliata nei comuni non afferenti ai territori sperimentali dell'ASL (di competenza delle Case della Salute).

Per l'analisi secondaria, degli effetti indiretti, i confronti avverranno tra i dati di baseline e quelli di post-intervento ma a livello aggregato di ASL.

I confronti verranno effettuati stimando la *differenza-nelle-differenze* (*difference-in-differences*) tra i cambiamenti medi negli outcome osservati per le serie post-intervento e i cambiamenti medi osservati per le serie baseline o dei territori di controllo.

**Analisi di sensibilità.** Ipotizzando un impatto ritardato rispetto al momento temporale d'implementazione dell'intervento, sarà effettuata un'analisi di sensibilità con la quale si cercherà di trovare il miglior modello di regressione che minimizzi il rischio di effetti ritardati non visibili attraverso (18).

Anche il test dei confondenti ipotizzati sarà effettuato con analisi di sensibilità (18).

Infine, sarà effettuata un'analisi di sensibilità per controllare la possibilità di sovra-dispersione (elevata variabilità nella distribuzione temporale dell'outcome) attraverso l'uso di una regressione binomiale negativa.

**Controllo dei bias e robustezza dell'analisi.** Essendo in questo caso l'unità di analisi l'anno solare e l'obiettivo è quello di stimare l'impatto sul lungo periodo (> 1 anno dall'intervento), si assume l'assenza del bias legato alla stagionalità della malattia/outcome di salute (13).

Per il controllo dei modificanti d'effetto attesi (si veda paragrafo 3.1.5), i fattori terzi saranno inseriti nel modello di regressione. Il controllo dei confondenti sconosciuti è garantito dal modello di serie temporale interrotta scelto: a baseline multiplo con controllo. La presenza di interventi differenziati nel tempo (disegno a baseline multiplo tra casi) garantisce il controllo di possibili confondenti sconosciuti (18), così come della *storia naturale* dell'evento.

Può succedere con alcuni outcome il fenomeno conosciuto come *dislocamento di breve periodo* (o “harvesting”), ovvero un rischio crescente nel breve periodo dall’esposizione seguito da un apparente effetto protettivo di lungo periodo. Per controllare questo fenomeno è possibile usare un’associazione cumulata tra esposizione e outcome sull’intero lag di lungo periodo (18).

Infine, per controllare il rischio di *auto-correlazione* si userà la procedura di Gottman (1981) per le serie temporali corte che usa il test F e il t-test rispettivamente per stimare gli effetti sulla pendenza e sull’intercetta oppure la procedura di Crosbie (1993) per la miglior stima delle autocorrelazioni lag-1 per serie corte (14).

## Bibliografia

1. ISTAT. Indicatori demografici. Stime per l’anno 2017. 2018;1–15.
2. Huber M, Hennessy P, Lundsagaard J, Izumi J KW. Long-term Care for Older People. Vol. 324, OECD. 2005.
3. Iannello P, Mottini A. L ’ accesso “ improprio ” al pronto soccorso : I ’ influenza di alcuni fattori individuali. Ric di Psicol. 2(2014):325–39.
4. Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, Baumann BM, Dellinger RP, DELAY-ED study group. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. Crit Care Med. 2007 Jun;35(6):1477–83.
5. Bolsin S. Hospital mortality and staff workload. Lancet. 2000;356(9238):1356.
6. Tarnow-Mordi WO, Hau C, Warden A, Shearer AJ. Hospital mortality in relation to staff workload: A 4-year study in an adult intensive-care unit. Lancet. 2000;356(9225):185–9.
7. Jha AK, Orav EJ, Dobson A, Book RA, Epstein AM. Measuring efficiency: the association of hospital costs and quality of care. Health Aff (Millwood). 28(3):897–906.
8. Rastelli G, Cavazza M, Cervellin G. Overcrowded ERs: analysis of the phenomenon and managing proposals. Emerg Care J. 2010 Jun 10;6(2):25.
9. ISTAT. Il sistema dei conti della sanità per l’Italia. 2017.
10. Tilli C. L’integrazione socio-sanitaria tra norme e prassi operative. Il caso della regione Lazio. Università degli Studi Roma Tre, Ciclo XXIII; 2011.
11. van Loenen T, van den Berg MJ, Westert GP, Faber MJ. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: A systematic review. Fam Pract. 2014;31(5):502–16.
12. Lim R, Anderson H, Walters MI, Kaye GC, Norell MS, Caplin JL. Femoral complications and

bed rest duration after coronary arteriography. *Am J Cardiol.* 1997;80:222–3.

13. Bernal JL, Cummins S, Gasparrini A. Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: a tutorial. *Int J Epidemiol.* 2017;46(1):348–55.
14. Biglan A, Ary D, Wagenaar AC. The value of interrupted time-series experiments for community intervention research. *Prev Sci.* 2000 Mar;1(1):31–49.
15. Somers M-AM-AM-A, Zhu P, Jacob R, Bloom H. The Validity and Precision of the Comparative Interrupted Time Series Design and the Difference-in-Difference Design in Educational Evaluation. MDRC, editor. MDRC; 2012. 118 p.
16. Raghunathan TE, Lepkowski JM, Van Hoewyk J, Solenberger P. A multivariate technique for multiply imputing missing values using a sequence of regression models. *Surv Methodol.* 2001;27(1):85–95.
17. Lee KJ, Simpson JA. Introduction to multiple imputation for dealing with missing data. *Respirology.* 2014;19(2):162–7.
18. Bhaskaran K, Gasparrini A, Hajat S, Smeeth L, Armstrong B. Time series regression studies in environmental epidemiology. *Int J Epidemiol.* 2013;42(4):1187–95.

Allegati

## Allegato A1 Outcome organizzativi

Gli outcome presentati di seguito sono stati selezionati secondo le direttive della Determina regionale 438 del 30/06/2017 che istituisce le Case della Salute, della Delibera del Direttore Generale dell'ASL di Vercelli n° 34 dell'8/11/2017 sull'attivazione di 5 Case della Salute nel Distretto Sanitario di Vercelli.

Dimensione	Indicatore	Endpoints (definizione operativa)	Fattori terzi	Aggregazione	Livello
<b>Utilizzo medicina di urgenza</b>	Accessi impropri al pronto soccorso	Accessi con codice bianco e verde sul totale dei ricoveri (conteggio)	Età Sesso Residenza Fragilità	Tasso annuale normalizzato per popolazione	Case della Salute ASL
	Ricoveri *	Ricoveri nella popolazione fragile su totale dei ricoveri (conteggio)	Età Sesso Residenza Fragilità	Tasso annuale normalizzato per popolazione	Case della Salute ASL
		Ricoveri nella popolazione con > 75 anni su totale dei ricoveri (conteggio)	Età Sesso Residenza Fragilità	Tasso annuale normalizzato per popolazione	Case della Salute ASL
<b>Degenza</b>	Lunghezza della degenza *	Giorni di degenza nei reparti di medicina sul totale dei ricoveri	Età Sesso Residenza Fragilità	Media	Case della Salute ASL
<b>Tempi di attesa</b>	Tempi di attesa per prima visita specialistica *	Giorni medi dal contatto alla prima visita	Tipo di prestazione/problema Residenza Fragilità	Media	Case della Salute ASL
	Tempi di attesa per attività diagnostica strumentale	Giorni medi dal contatto al giorno della prestazione	Tipo di prestazione/problema	Media	Case della Salute ASL

\* Estratti dall'Allegato C alla Determina Regionale 438/2017

## Allegato A2 Outcome di impatto economico

Gli outcome presentati di seguito sono stati selezionati secondo le direttive della Determina regionale 438 del 30/06/2017 che istituisce le Case della Salute, della Delibera del Direttore Generale dell'ASL di Vercelli n° 34 dell'8/11/2017 sull'attivazione di 5 Case della Salute nel Distretto Sanitario di Vercelli.

Dimensione	Indicatore	Endpoints (definizione operativa)	Fattori terzi	Aggregazione
<b>Efficienza per l'offerta di cura specialistica</b>	Prestazioni ambulatoriali (pro-capite) per ore persona lavorate	Numero di prestazioni ambulatoriali su totale ore persona (conteggio)	Età Sesso Residenza Fragilità	Tasso
	Prestazioni diagnostiche per immagini (pro-capite) per ore persona lavorate	Numero di prestazioni diagnostiche per immagini su ore persona (conteggio)	Età Sesso Residenza Fragilità	Tasso
	Analisi di laboratorio (pro-capite) per ore persona lavorate	Numero di analisi di laboratorio su ore persona (conteggio)	Età Sesso Residenza Fragilità	Tasso
	Ricoveri per fratture collo del femore nella popolazione >65 anni per ore persona lavorate	Numero di ricoveri per fratture collo del femore nella popolazione >65 anni su ore persona (conteggio)	Età Sesso Residenza Fragilità	Tasso
	Ricoveri per scompenso cardiaco per ore persona lavorate	Numero di ricoveri per scompenso cardiaco su ore persona (conteggio)	Età Sesso Residenza Fragilità	Tasso
	Ricoveri per complicanze del diabete per ore persona lavorate	Numero di ricoveri per complicanze del diabete su ore persona (conteggio)	Età Sesso Residenza Fragilità	Tasso
	Interventi in ADI per tumore per ore persona lavorate	Numero di interventi in ADI per popolazione >65 anni su ore persona (conteggio)	Età Sesso Residenza Fragilità	Tasso
<b>Efficienza medicina d'urgenza</b>	Accessi al pronto soccorso su totale ore persona lavorate	Proporzione di accessi al pronto soccorso su totale ore persona (conteggio)	Età Sesso Codice Tipo di prestazione Residenza	Tasso

### Allegato A3 Altri outcome di salute e surrogati

Gli outcome di processo sono stati selezionati secondo quanto previsto dal Piano Esiti 2016 e Piano Cronicità 2016 citati nell'Allegato C della Determina 438 del 30/06/2017 della Regione Piemonte.

Dimensione	Indicatore	Endpoints (definizione operativa)	Fattori terzi	Aggregazione	Livello
Longevità	Mortalità	Decessi a 30 e 365 gg dopo un ricovero per scompenso cardiaco, (conteggio) *	Età Sesso Residenza Fragilità	Tasso annuale normalizzato per popolazione	Case della Salute  ASL
		Ricoveri per scompenso cardiaco (conteggio) *	Età Sesso Residenza Fragilità	Tasso annuale normalizzato per popolazione	Case della Salute  ASL
Morbilità	Ospedalizzazioni	Riammissioni ospedaliere per scompenso cardiaco a 30 e 180 gg dalle dimissioni (conteggio) *	Età Sesso Residenza Fragilità	Tasso annuale sui dimessi	Case della Salute  ASL
		Ricoveri per complicanze del diabete (conteggio) **	Età Sesso Residenza Fragilità Breve e lungo periodo	Tasso annuale normalizzato per popolazione	Case della Salute  ASL
		Ricoveri per amputazione degli arti inferiori nei diabetici (conteggio) **	Età Sesso Residenza Fragilità	Tasso annuale normalizzato per popolazione	Case della Salute  ASL
		Ospedalizzazione per frattura del collo femore in pazienti anziani (conteggio)	Età Sesso Residenza Fragilità	Tasso annuale normalizzato per popolazione	Case della Salute  ASL

		Numero di soggetti con tumori in ADI, su soggetti con tumore (conteggio)	Età Sesso Residenza Fragilità	Tasso annuale normalizzato per popolazione	Case della Salute  ASL
--	--	---	--	--	---------------------------------

\* Estratti dal Piano Cronicità 2016

\*\* Estratti dal Piano Nazionale Esiti 2016

\*\*\* Estratto dalla Delibera del Direttore Generale dell'ASL di Vercelli 1034/2017

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PROCEDURA GENERALE</b>	Gestione animali di persone fragili (VETC.PG.2007.00).doc
		pag1/9

## MODALITÀ DI INTERVENTO IN PRESENZA DI ANIMALI NEL CONTESTO DI “PERSONE FRAGILI”

	<i>Nominativo</i>	<i>Funzione</i>	<i>Data</i>	<i>Firma/evidenza di approvazione</i>
<b>Stesura</b>	Dr Marco Montafia	Responsabile S.C. Veterinario Area C	29/09/2016	<i>F.to in originale</i>
	Dr. Daniele Salussoglia	Responsabile “Sportello Animali d’affezione” della SSD Veterinario Area A	29/09/2016	<i>F.to in originale</i>
<b>Verifica</b>	Dr.ssa Lorella Perugini	Responsabile Servizio Sociale Aziendale	13/10/2016	<i>F.to in originale</i>
	Dr Paolo Rasmini	Responsabile S.C. Neuro Psichiatria Infantile e Responsabile Macroprogetto Paziente Fragile	13/10/2016	<i>F.to in originale</i>
	Dott.ssa Lucia Rugolo	Consulente ASL TO5	12/10/2016	<i>F.to in originale</i>
<b>Autorizzazione</b>	Dott.ssa Luisa Michela Olmo	Direttore Dipartimento di Prevenzione	14/10/2016	<i>F.to in originale</i>
<b>Emissione</b>	Dr Marco Montafia	Responsabile S.C. Veterinario Area C	14/10/ 2016	<i>F.to in originale</i>

<b>Data di applicazione</b>	<b>Ottobre 2016</b>
<b>REV.</b>	<b>00</b>

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PROCEDURA GENERALE</b>	Gestione animali di persone fragili (VETC.PG.2007.00).doc
		pag2/9

1. PREMESSA .....	3
2. SCOPO.....	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
4. DEFINIZIONI.....	5
5. MODALITÀ OPERATIVE .....	5
5.1 Individuazione dei ruoli e delle competenze.....	5
5.2 Modalità di raccolta delle segnalazioni.....	6
5.3 Modalità di attivazione degli interventi .....	7
5.4 Protocolli di intervento.....	7
6. FLOW-CHART (diagramma di flusso) .....	8
7. RESPONSABILITA' .....	9
8. MODALITÀ DI VERIFICA E INDICATORI.....	9
9. RIFERIMENTI .....	9
10. STORIA DELLE MODIFICHE .....	9

## 1. PREMESSA

---

Uno dei temi dominanti del nuovo **Piano regionale della prevenzione 2014-2018** è costituito dal contrasto alle disuguaglianze, declinate in vario modo.

Frequentemente i Servizi che operano sul territorio sono chiamati ad intervenire per inconvenienti di vario tipo, più spesso di natura igienico-sanitaria e ambientale, sovente legati alla presenza di animali, sia d'affezione che di tipo zootecnico, allevati quindi a scopo alimentare con finalità commerciali e/o per auto consumo, detenuti in condizioni non conformi alla normativa vigente.

Spesso i proprietari o detentori di questi animali vivono situazioni di disagio di vario genere e multi fattoriali: di origine sociale, umana, sanitaria, ecc. (etilisti, tossico-dipendenti, anziani soli e solo parzialmente auto sufficienti, soggetti con patologie mentali, persone con problemi giudiziari e più raramente veri accumulatori compulsivi di animali ecc.).

Talvolta è il Personale dei vari Servizi Asl e della Pubblica Amministrazione (del Dipartimento di Prevenzione, del Distretto territoriale, dei Comuni, sino al personale 118) che, recandosi al domicilio di queste persone, riscontrano situazioni, con presenza di animali, che impongono di essere affrontate con la presa in carico, oltre che del paziente "umano" anche degli animali presenti.

Ad oggi il personale dei Servizi che poi sono chiamati ad intervenire si trova ad affrontare queste particolari situazioni in totale autonomia, cercando, spesso con difficoltà, di coinvolgere, a seconda dei casi, altri Servizi o Enti (ConSORZI socio-assistenziali dei Comuni), mediante iniziative singole, senza un percorso già definito che individui le modalità e le professionalità che devono contribuire alla risoluzione del problema.

## 2. SCOPO

---

L'adozione di una procedura che consenta un approccio multiprofessionale/multidisciplinare dei casi definiti in premessa, indicante i servizi e le professionalità interessate, sia dell'ASL che delle Amministrazioni locali e delle Associazioni di volontariato, che esaminino il singolo caso e le modalità di intervento, per quanto possibile standardizzate, in modo da fornire maggiori garanzie di contenimento/risoluzione di queste tipologie di problemi.

Scopo della presente procedura è pertanto di descrivere le modalità organizzative dei Servizi coinvolti al fine di garantire interventi efficaci ed efficienti nelle situazioni, spesso di emergenza, sopra indicate, assegnando ai Servizi Veterinari il compito di definire gli interventi necessari sugli animali, ed al Servizio Sociale Aziendale (tramite sportelli SUSS), quello di individuare il percorso di assistenza ai loro detentori.

In un secondo momento, ci si prefigge anche di informare adeguatamente i soggetti più avanti definiti "punti di contatto" affinché siano in grado di riconoscere preventivamente i problemi di questa natura, consentendo di intervenire precocemente ed in maniera strutturata.

La presente procedura inoltre ha anche lo scopo di razionalizzare le risorse professionali definendo ruoli e competenze in capo agli Operatori coinvolti in questa tipologia di interventi.

In particolare si definiscono:

- ruoli e competenze
- modalità operative
- protocolli di intervento.

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

---

Il presente documento si applica a tutte quelle situazioni, spesso di emergenza, legate alla presenza di animali, sia d'affezione che da produzione, ove si siano venuti a creare o vi siano le basi per

l'instaurarsi di inconvenienti di vario tipo, spesso di natura igienico-sanitaria e/o ambientale, o vi siano difficoltà o impossibilità nella custodia e gestione/mantenimento degli animali, sino agli estremi di abbandono o di maltrattamento o di pericolosità, nei quali si presuma o appaia evidente la compresenza anche di una situazione di disagio sociale, umano, sanitario, ecc.

Tali situazioni sono spesso riconducibili a persone che rientrano nella definizione di "paziente fragile" (cioè che presentano gli indicatori di fragilità come da "Macro progetto sul paziente fragile" redatto dal Dott. Rasmini: soggetti anziani affetti da patologie che versano in condizioni di non autosufficienza nonché persone, minori e adulte, affette da patologie croniche invalidanti, che determinano notevoli limitazioni della loro autonomia e persone colpite da minorazione fisica), ma anche soggetti con dipendenza (etilisti, tossico-dipendenti), o coinvolti in procedimenti giudiziari di varia tipologia, ed anche portatori di sofferenza mentale, compresi i casi estremi degli accumulatori compulsivi di animali (Animal Hoarders).

In linea di massima le circostanze, purché associate a difficoltà economiche, in cui si applica la presente procedura sono quindi:

- persone anziane solo parzialmente autosufficienti,
- l'instaurarsi di patologie o ricoveri ospedalieri di persone sole,
- presenza di portatori di handicap in famiglie in condizioni di disagio,
- persone affette da patologie da dipendenza (etilismo, droghe, ecc.),
- persone sottoposte a provvedimenti giudiziari con reclusione o limitazioni alla libertà.

Tali situazioni possono comportare difficoltà da parte del proprietario ad accudire adeguatamente gli animali con contestuale impossibilità ad individuare anche un temporaneo detentore in grado di provvedervi.

La presente procedura pertanto tende a prevenire ed a correggere tutte quelle situazioni nelle quali vi è una detenzione di animali d'affezione (prevalentemente cani e gatti), di animali da reddito (bovini, ovini, caprini, equini, ecc.) e da cortile (avicoli delle varie specie) gravemente insufficiente sotto il profilo igienico (mancata o saltuaria rimozione delle deiezioni e pulizia degli ambienti), e/o del benessere animale (mancanza di adeguate possibilità di movimento, mancata disponibilità di acqua pulita, di cibo e di cure veterinarie) (violazioni amministrative a L.R. 34/1993, D.P.G.R. 4359/1993 e D.Lgs 146/2001), sino ai casi estremi di detenzione di animali in condizioni incompatibili con la loro natura, e produttive di gravi sofferenze (violazione penale ai sensi art 727 comma 2 e art 544 ter L. 189/2004); rientrano in questa tipologia, proprio per le difficoltà implicite di gestione degli animali presenti in sovra numero anche i casi, isolati e molto sporadici, di accumulo compulsivo di animali.

La procedura non esclude, per quanto possibile, la contestazione degli illeciti amministrativi e/o penali commessi.

Non rientrano nel campo di applicazione della presente procedura gli inconvenienti igienico sanitari coesistenti con la presenza di animali da affezione o di insediamenti zootecnici non collegabili a proprietari/detentori riconosciuti in condizioni di fragilità ("pazienti fragili", ma in senso più esteso).

I soggetti che vanno coinvolti e che devono poter agire in sinergia tra di loro, sono:

Servizi dell'ASL:

- Dipartimento di prevenzione: Servizio Veterinario (Area A di Sanità animale e Area C di Igiene degli allevamenti e delle Produzioni Zootecniche), Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP),
- Servizio Sociale Aziendale attraverso gli sportelli SUSS (Sportello Unico Socio Sanitario), che attivano i servizi Sanitari e Sociali.

Enti/Organi esterni all'ASL:

- Comuni: amministratori, assistenti sociali, Polizia locale,
- canili sanitari/rifugi e gattili convenzionati con le Amministrazioni Comunali,
- Forze dell'Ordine: Carabinieri, Corpo Forestale, Polizia,
- Associazioni di Protezione Animali,

- Associazioni di volontariato,
- Ordine dei Medici Veterinari (veterinari liberi professionisti).

Resta inteso che la presente procedura, pur essendo prioritariamente mirata alla descrizione delle modalità di intervento in situazioni di potenziale o reale compromissione delle condizioni di detenzione di animali, attribuisce anche un ruolo al personale dei Servizi Veterinari nel segnalare al SUSS di competenza territoriale, ogni qual volta ne venga a conoscenza per motivi di servizio, quelle situazioni di disagio di varia natura di cittadini (che possano rientrare nell'ambito della definizione di "paziente fragile"), per la presa in carico di queste persone.

#### 4. DEFINIZIONI

---

- **Inconveniente igienico sanitario:** situazione di convivenza con le persone e con gli animali che, in rapporto con l'ambiente esterno, viene percepita come dannosa per la propria salute; possono essere la conseguenza di comportamenti inadeguati talvolta associati ad inadempienza ad obblighi normativi o di scorretto utilizzo dei beni comuni.
- **Animal Hoarding:** sindrome caratterizzata dall'accaparramento compulsivo di animali.
- **Sportello Animali Affezione:** settore della SSD Veterinario Area A che si occupa, tra l'altro, della gestione delle problematiche connesse agli animali d'affezione per prevenire o risolvere le situazioni di rischio sanitario, tutelare il benessere degli animali e per promuovere una corretta relazione uomo-animale.
- **Follow up:** l'insieme delle operazioni di verifica dei risultati di un'azione o di un provvedimento.

#### 5. MODALITÀ OPERATIVE

---

##### 5.1 Individuazione dei ruoli e delle competenze

In funzione del ruolo rivestito e delle competenze attribuite, i diversi soggetti che intervengono (alcuni svolgono più ruoli) vengono definiti:

- 1) punti di contatto
- 2) Enti e Istituzioni
- 3) soggetti con funzioni di Coordinamento.

##### 1) Punti di contatto

Ruolo: vengono a conoscenza, o direttamente a contatto, con il problema, devono essere in grado di riconoscerlo e devono segnalarlo; devono poi, secondo le competenze, collaborare attivamente alla sua soluzione ed a mantenere un monitoraggio, per cogliere precocemente eventuali recidive.

Soggetti: sono gli operatori che quotidianamente vengono a contatto con i cittadini delle categorie più a rischio, spesso direttamente presso il loro domicilio, o che ricevono le segnalazioni di situazioni critiche. Principalmente sono rappresentati dai Servizi Sociali di ASL e Comuni o loro Consorzi, ma anche da personale dei Servizi di Cure Domiciliari, MMG, DSM, SER.D, Veterinari ASL, Tecnici SISF, personale 118. Anche le Associazioni Animaliste, il personale dei canili, la Polizia Locale e altre Forze dell'Ordine, ed i Veterinari libero professionisti, possono venire a conoscenza di tali situazioni. Tali soggetti devono far pervenire le proprie segnalazioni allo Sportello Unico Socio Sanitario, denominato SUSS, ad esclusione dei casi in cui la situazione sia già conosciuta e oggetto di intervento da parte dei Veterinari Asl di Area A e/o C.

## 2) Enti ed Istituzioni

**Ruolo:** ricevono la segnalazione, direttamente o attraverso il SUSS, effettuano le verifiche e, coordinati dal SUSS e dal Servizio Veterinario, Area A e Area C, individuano le soluzioni, predisponendo misure contingibili e urgenti e pianificando interventi più definitivi per la soluzione del problema, garantendo le necessarie risorse; mantengono poi un monitoraggio, per cogliere precocemente eventuali recidive.

**Soggetti:** Sindaci dei Comuni con Servizi Sociali, Polizia Locale e Uffici tecnici, personale dei canili sanitari/rifugi convenzionati; ASL, con Servizio Veterinario (Aree A e C), Medici SISP e Servizio Sociale, DSM, SER.D; si avvalgono della consulenza/collaborazione di Associazioni Animaliste operanti sul territorio.

## 3) Coordinamento

**Ruolo:** raccoglie le segnalazioni dai punti di contatto o dagli Enti ed effettua e/o attiva le verifiche, raccoglie i dati e le relazioni degli esperti, definisce la procedura di intervento, attiva gli interventi, effettua il follow-up. Deve essere costituito da soggetti con le necessarie competenze nelle singole discipline, che devono affrontare le situazioni in maniera integrata per interpretarle e prospettare le soluzioni.

**Soggetti:** SUSS e Servizio Veterinario Area A e Area C, che richiederanno, ciascuno per le proprie competenze, l'intervento dei Servizi Sanitari e/o Sociali sia dell'ASL che dei Comuni e di strutture di supporto (canili comunali/consortili, Polizia Locale, Ufficio tecnico, Associazioni Animaliste riconosciute, ecc).

Il Sindaco, con l'amministrazione comunale, costituisce la figura centrale di riferimento, per tutte le situazioni, e perciò deve essere sempre informato e coinvolto nelle scelte.

## 5.2 Modalità di raccolta delle segnalazioni

I soggetti definiti "Punti di contatto" quando vengono a conoscenza, (possibilmente constatandola direttamente), di una situazione che rientri nelle casistiche della presente procedura (detenzione di animali in modo inadeguato da parte di "pazienti fragili"), devono segnalarla al "coordinamento", così rappresentato:

- per gli interventi sugli animali, dal **Servizio Veterinario dell'ASL VC, Area A - Sportello animali d'affezione**;
- per la presa in carico delle persone che li detengono, dal **SUSS ASL VC**.

Le segnalazioni raccolte dal SUSS, e già vagliate dal proprio personale come rientranti nella casistica che necessita di intervento Veterinario, vengono inoltrate via e-mail all'indirizzo [sportello.animali@aslvc.piemonte.it](mailto:sportello.animali@aslvc.piemonte.it), senza obbligo di segnalazione al Sindaco, alla quale provvederà il Servizio Veterinario, anche per le vie brevi, nel momento in cui si attiverà per i primi accertamenti in loco.

Le segnalazioni da parte dei privati cittadini possono essere accolte direttamente dai Servizi dell'ASL solo in caso di gravi situazioni che, in caso di intervento non tempestivo, possano comportare un concreto peggioramento delle condizioni igieniche del luogo, o una rapida compromissione della salute delle persone e/o degli animali presenti. In tutti gli altri casi la segnalazione deve necessariamente essere rivolta all'Autorità Sanitaria locale (Sindaco), per una prima verifica di sua competenza, e per conoscenza al Servizio Veterinario. La segnalazione/richiesta di intervento va presentata mediante la sottoscrizione di un formale esposto di cui al modello "**Ric. interv. paz. fragili PFI (VETC.MO.2019.nn)**," contenente obbligatoriamente il recapito telefonico del segnalante. Le segnalazioni, oltre che al Sindaco, vanno inoltrate all'Ufficio incaricato di raccoglierle, individuato

nello Sportello Animali Affezione della SSD Veterinario Area A, tel 0161/593090 mail [sportello.animali@aslvc.piemonte.it](mailto:sportello.animali@aslvc.piemonte.it).

Questi poi si attiverà direttamente se il caso riguarda animali d'affezione e smisterà la segnalazione alle Direzioni delle Strutture ASL interessate:

- SSD Veterinario Area A (per animali da produzione): tel 0161/929283 mail [vetea@aslvc.piemonte.it](mailto:vetea@aslvc.piemonte.it), mail [sportello.animali@aslvc.piemonte.it](mailto:sportello.animali@aslvc.piemonte.it),
- SC Veterinario Area C (per conoscenza in tutti i casi): tel 0163/426820 mail [vetec@aslvc.piemonte.it](mailto:vetec@aslvc.piemonte.it),
- Sportello Unico Socio Sanitario di competenza territoriale per la presa in carico di persone con disagio di varia natura.

Ricevuta la segnalazione lo “sportello animali d'affezione” compilerà, con modello “**Gestione interv. paz. fragili PF2 (VETC.MO.2020.nn)**”, una scheda relativa ad ogni singolo procedimento che verrà assegnato al personale di volta in volta individuato e disponibile, in base anche alla sede territoriale. Relativamente agli inconvenienti che coinvolgono animali d'affezione, il caso viene preso in carico da subito dal Responsabile dello “Sportello animali d'affezione”, che poi, quando necessario, coinvolge altri veterinari, di Area A e di Area C.

### 5.3 Modalità di attivazione degli interventi

Il Dirigente al quale viene assegnato il procedimento contatta il segnalante per acquisire tutti gli elementi utili per valutare la richiesta e si attiva, se del caso coadiuvato da personale di supporto (Tecnici della Prevenzione), per lo specifico intervento di verifica, sentiti gli uffici del Comune interessato. L'operatore/gli operatori dei diversi Servizi dell'ASL si coordinano tra di loro per concordare le modalità d'intervento e lo scambio reciproco delle informazioni assunte, rapportandosi eventualmente con il Responsabile del Servizio per definire iniziative specifiche.

Il personale che interviene deve verbalizzare l'attività svolta e relazionare alla Struttura Asl che ha ricevuto la segnalazione con le proposte di provvedimenti.

Nel caso in cui vi siano aspetti collegati alla sicurezza alimentare verranno seguite le procedure della specifica normativa, con possibile coinvolgimento dei Veterinari di Area B (area di ispezione degli alimenti di origine animale) e del S.I.A.N (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione).

Relativamente agli inconvenienti che coinvolgono gli animali d'affezione, di norma non si può prescindere dal coinvolgimento dei canili/gattili con funzioni sanitarie/rifugio, e delle associazioni animaliste operanti sul territorio anche, qualora necessario, per il tramite del Sindaco o dell'Autorità Giudiziaria.

### 5.4 Protocolli di intervento

Gli inconvenienti che, in base alla casistica, avvengono con maggiore frequenza o che, pur piuttosto rari, risultano più eclatanti (es: animal hoarding), vanno affrontati secondo istruzioni operative predisposte dalle Strutture coinvolte e fornite agli operatori sotto forma di sintetiche schede funzionali, che dovranno contenere le seguenti indicazioni:

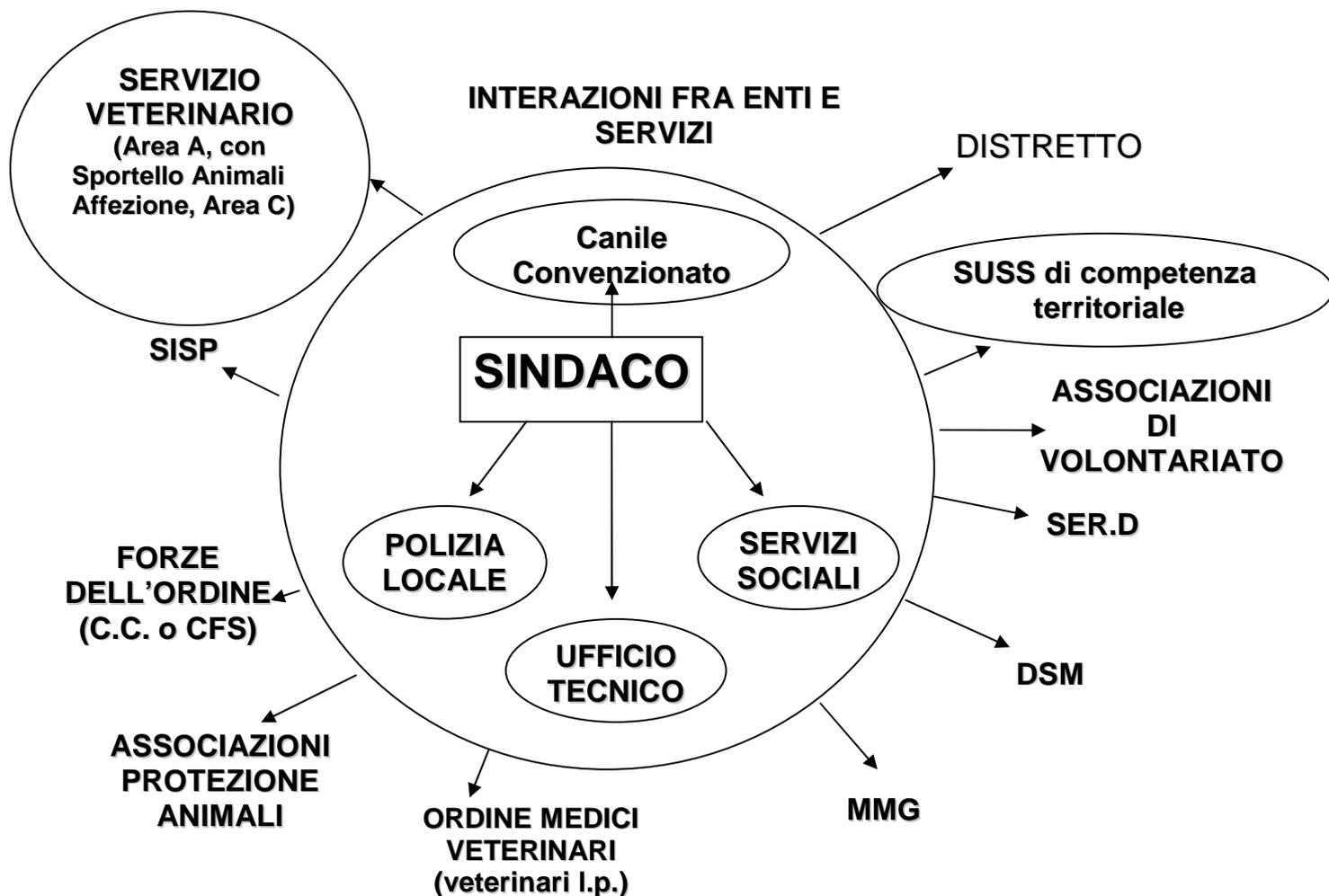
- definizione dei provvedimenti da adottare sugli animali: osservazione sanitaria, sequestro amministrativo o penale / diagnosi e terapie / rieducazione, cessione, affidamento / confisca,
- gestione dei detentori (anche degli hoarders),
- gestione/risanamento dei locali e dei luoghi,
- modalità di attivazione delle verifiche post-risoluzione (follow-up).

Unitamente alle suddette schede viene predisposto e messo a disposizione di tutti i soggetti che possono svolgere il ruolo di “punti di contatto” uno schema sintetico delle modalità di segnalazione,

con modulistica [modello “*Ric. interv. paz. fragili PF1 (VETC.MO.2019.nn)*”] e recapiti del “coordinamento”.

Come indicato al paragrafo 3 “campo di applicazione”, il personale dei Servizi Veterinari è anche tenuto a segnalare al SUSS, ogni qual volta ne venga a conoscenza per motivi di servizio, quelle situazioni di disagio di cittadini che possano rientrare nell’ambito della definizione di “paziente fragile”, affinché lo Sportello Unico, qualora essi non siano già nell’elenco di coloro che vengono seguiti, possa farsene carico, e ciò indipendentemente dalla presenza di situazioni con evidenti carenze nelle modalità di detenzione di animali. La segnalazione andrà fatta direttamente per via telematica allo sportello SUSS, con le modalità previste dal “progetto Sportello SUSS”.

## 6. FLOW-CHART (diagramma di flusso)



## 7. RESPONSABILITA'

<i>Funzione responsabile</i>	<i>Attività</i>
Servizio Veterinario: Direttore Area A, Responsabile "Sportello Animali d'affezione" e Direttore Area C Direttore Servizio Sociale	Aggiornamento della presente procedura. Diffusione delle disposizioni contenute nel presente documento. Vigilanza sulla corretta applicazione del documento da parte del personale sanitario ed amministrativo.
Dirigenti Medici, Veterinari, Assistenti Sociali, Tecnici della prevenzione	Corretta applicazione delle modalità operative descritte nel presente documento nel rispetto delle specifiche competenze

## 8. MODALITÀ DI VERIFICA E INDICATORI

Nome dell'indicatore	Formula	Atteso	Riferimento normativo/bibliografico	Rilevatore
Livello di applicazione della procedura	(n° delle segnalazioni indifferibili/n° degli interventi) *100	100%	Non presente (indicatore di efficienza=capacità di risposta delle Strutture)	Responsabile Dipartimento di Prevenzione

## 9. RIFERIMENTI

- D.P.R. 320/54
- L. 281/1991
- L.R. 34/1993
- D.P.G.R. 4359/1993
- D.Lgs 146/2001
- Reg. CE/882/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29.04.2004 – relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali;
- Legge n. 689/1981;
- Codice di Procedura Penale.

## 10. STORIA DELLE MODIFICHE

REV	Data	Descrizione delle modifiche
00	Ottobre 2016	Prima emissione