

**Servizio Sanitario Nazionale
Regione Piemonte**

Azienda Sanitaria Locale "VC"

Deliberazione del Direttore Generale nr. 001034 del 8 NOV. 2017

**OGGETTO: ATTIVAZIONE DELLE CASE DELLA SALUTE DELL'ASL VC
PRESSO CIGLIANO, COGGIOLA, GATTINARA, SANTHIA', VARALLO**

**STRUTTURA AZIENDALE RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
EX ART. 4, 1° COMMA, L. 7.8.90 N. 241 e s.m.i.
S.C. DISTRETTO**

Il Responsabile del Procedimento
ex artt. 5 - L. 7.8.90 n. 241
Dr.ssa Francesca Gallone

Il Direttore
Dr.ssa Francesca Gallone

Registrazione contabile
Si attesta che l'onere della spesa rientra nel budget assegnato alla struttura proponente

Esercizio	N.	Conto	Importo
S.C. Titolare del conto			
S.C. Distretto			

Il Direttore
Dr.ssa Francesca Gallone

PARERI DEI DIRETTORI DELL'AZIENDA
(Ex art.3 , comma 1 quinquies, D.Lgs 30 dicembre 1992 n. 502 e s. m.i.)

Il Direttore Amministrativo
(Avv. Adriano Pieco)
FAVOREVOLE

Il Direttore Sanitario
(Dr. Arturo Pasqualucci)
FAVOREVOLE

Eseguibile dal **8 NOV. 2017**
Pubblicata ai sensi di legge dal **9 NOV. 2017** Trasmessa alla Giunta Regionale in data //
Trasmessa al Collegio Sindacale in data **8 NOV. 2017** Approvata in data //

Il Dirigente Responsabile S.C. Gestione Affari Istituzionali
(Dr.ssa Maria Lista)

L'anno 2017, il giorno 8 del mese di NOVEMBRE, in Vercelli – Corso M. Abbiate 21, presso la sede dell'Azienda Sanitaria Locale "VC"

IL DIRETTORE GENERALE

- Considerato:

- il Piano Socio Sanitario regionale 2012-2015 approvato dalla Giunta Regionale con Deliberazione della Giunta Regionale 03/04/2012 n. 167-14087;
 - la DGR n. 26-1653 del 29/06/2015 "Interventi di riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n.1-600 del 19/11/2014 e s.m.i.";
 - la Deliberazione del Direttore Generale n. 995 del 23/12/2015 di approvazione della proposta del programma delle attività territoriali – distrettuali (PAT) per l'anno 2016 di cui alla DGR n. 26-1653 del 29/06/2015;
 - la DGR n. 3-4287 del 29/11/2016 ad oggetto "D.G.R. n. 26-1653 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" "Interventi regionali e linee di indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute" nella quale sono state definite le linee di indirizzo per la sperimentazione delle Case della Salute (CS) sul territorio regionale con l'obiettivo di omogeneizzare, articolare in rete ed ottimizzare la risposta erogata dall'assistenza primaria;
 - la nota prot. 5111 del 31/01/2017 della scrivente Azienda con la quale, a seguito di quanto indicato nella DGR n. 3-4287 del 29/11/2016, ha trasmesso alla Direzione Sanità della Regione Piemonte lo schema di progetto delle Case della Salute di Cigliano, Coggiola, Gattinara, Santhià, Varallo e il relativo cronoprogramma;
 - D.D. n. 438 del 30/06/2017 ad oggetto "DGR n.3-4287 del 29.11.2016 – Valutazione dei progetti ASL e indirizzi per l'avvio e il monitoraggio della sperimentazione" trasmessa alle ASL con nota prot. 16875/A1410A del 07/08/2017 nella quale sono stati validati i progetti delle Case della Salute di Cigliano, Coggiola, Gattinara, Santhià, Varallo.
- Visti gli atti aziendali redatti e necessari ai fini dell'avvio della sperimentazione e dell'effettiva operatività del progetto delle Case delle Salute in ossequio alle indicazioni contenute nella D.D. n. 438 del 30/06/2017:
- Regolamento di funzionamento delle Case della Salute;
 - Schema riepilogativo del Regolamento di Funzionamento, organizzativo ed operativo delle Case della Salute;
 - Protocollo operativo di raccordo delle Case della Salute con l'area specialistica ambulatoriale ed ospedaliera;
 - Protocollo di collegamento operativo delle Case della Salute con il sistema dell'emergenza-urgenza;
 - Protocollo per l'integrazione delle Case della Salute nel percorso di continuità assistenziale di cui alla DGR n. 27-3628 del 28.3.2012;
 - Protocollo operativo di raccordo delle Case della Salute con i Servizi Socio-sanitari e con l'area socioassistenziale;

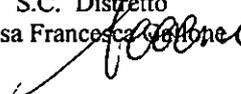
- Considerato che la D.D. n. 438 del 30/06/2017 trasmessa alle ASL con nota prot. 16875/A1410A del 07/08/2017 prevede in particolare che l' Azienda:
 - o adottati entro 90 gg. giorni dall'esecutività della D.D. n. 438 del 30/06/2017 gli atti indicati al precedente punto;
 - o garantisca la massima diffusione circa l'avvio delle attività delle CS individuando con apposito provvedimento la data di attivazione delle nuove strutture, provvedimento di cui venga data comunicazione al Comitato dei Sindaci del Distretto e a tutti i soggetti direttamente o indirettamente coinvolti nell'espletamento delle relative attività;
 - o invii il predetto provvedimento alla Direzione Sanità della Regione Piemonte entro 10 giorni dalla sua adozione;
- Dato atto che in ultimo la Regione Piemonte nella Determinazione Dirigenziale n. 438 del 30/06/2017 prevede specifici contributi per l'anno 2017 finalizzati alla sperimentazione delle Case della Salute e quantificati per l'ASL VC in €. 343.629,72;
- Visto il parere espresso dal Direttore Sanitario, ai sensi dell'art. 3, commi 1 - quinquies e 7, del D.L.gs. 30.12.1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Preso atto che risulta assente giustificato il Direttore Amministrativo, si fa riserva di acquisire con successivo provvedimento il parere previsto dall'art. 3, comma 1, quinquies, del D.L.gs. 30.12.1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

DELIBERA

- 1) Di adottare gli atti allegati al presente provvedimento redatti e necessari ai fini dell'avvio della sperimentazione e dell'effettiva operatività del progetto delle Case della Salute in ossequio alle indicazioni contenute D.D. n. 438 del 30/06/2017:
 1. Regolamento di funzionamento delle Case della Salute;
 2. Schema riepilogativo del Regolamento di Funzionamento, organizzativo ed operativo delle Case della Salute;
 3. Protocollo operativo di raccordo delle Case della Salute con l'area specialistica ambulatoriale ed ospedaliera;
 4. Protocollo di collegamento operativo delle Case della Salute con il sistema dell'emergenza-urgenza;
 5. Protocollo per l'integrazione delle Case della Salute nel percorso di continuità assistenziale di cui alla DGR n. 27-3628 del 28.3.2012;
 6. Protocollo operativo di raccordo delle Case della Salute con i Servizi Socio-sanitari e con l'area socioassistenziale;
- 2) Di individuare il 01/12/2017 quale data di attivazione formale di tutte le Case della Salute: Cigliano, Coggiola, Gattinara, Santhià, Varallo, con contestuale raggiungimento totale dell'indicatore 1 dell'obiettivo 2.1 "Attivazione delle Case della Salute programmate" previsto dalla D.G.R. n. 101-5530 del 03/08/2017;
- 3) Di comunicare la data di attivazione suindicata al Comitato dei Sindaci del Distretto e a tutti i soggetti direttamente o indirettamente coinvolti nell'espletamento delle relative attività entro 10 giorni dal presente provvedimento;

- 4) Di trasmettere il predetto provvedimento alla Direzione Sanità della Regione Piemonte entro 10 giorni dalla sua adozione;
- 5) Di dare atto che in ultimo la Regione Piemonte nella Determinazione Dirigenziale n. 438 del 30/06/2017 prevede specifici contributi per l'anno 2017 finalizzati alla sperimentazione delle Case della Salute e quantificati per l'ASL VC in €. 343.629,72;
- 6) di dare atto che il presente provvedimento non comporta di per sè oneri aggiuntivi a carico dell' A.S.L. VC;
- 7) di inviare il presente provvedimento al Collegio Sindacale per quanto di competenza;
- 8) di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo, ai sensi del comma 1 dell'art. 21-quater della L. 241/90.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott.ssa Chiara SERPIERI)





Regolamento di funzionamento delle Case della Salute

	<i>Nominativo</i>	<i>Funzione</i>	<i>Data</i>	<i>Firma/evidenza di approvazione</i>
Stesura	Dr.ssa Francesca Gallone	Direttore S.C. Distretto	Ottobre 2017	<i>Francesca Gallone</i>
	Dr. Giuseppe Ferraris	Responsabile S.S. Residenzialità e Cure Domiciliari	Ottobre 2017	<i>Giuseppe Ferraris</i>
	Dr.ssa Marilena Vallero	Referente Casa Salute Santhià	Ottobre 2017	<i>Marilena Vallero</i>
	Dott.ssa M. Rosa Sicuranza	C.P.S.E. Cure Domiciliari	Ottobre 2017	<i>M. Rosa Sicuranza</i>
	C.P.S.E. Antonella Marchese	C.P.S.E. Casa Salute Santhià	Ottobre 2017	<i>Antonella Marchese</i>
	Dr. Ivano Parise	MMG	Ottobre 2017	<i>Ivano Parise</i>
	Dr. Marco Ferri	MMG	Ottobre 2017	<i>Marco Ferri</i>
	Dr. Cristiano Gianoli	Collaboratore Amministrativo – Settore CNU	Ottobre 2017	<i>Cristiano Gianoli</i>
Verifica	Dr. Arturo Pasqualucci	Direttore Sanitario	Novembre 2017	<i>Arturo Pasqualucci</i>
	Dott.ssa Lidia Carnevale	Direttore FF S.C. SITROP	Novembre 2017	<i>Lidia Carnevale</i>
	Dott.ssa Isabella Perucca	C.P.S.E. SS. Qualità	Novembre 2017	<i>Isabella Perucca</i>
Autorizzazione	Dott.ssa Chiara Serpieri	Direttore Generale	8 Novembre 2017	<i>Chiara Serpieri</i>
Emissione	Dr.ssa Francesca Gallone	Direttore S.C. Distretto	9 Novembre 2017	<i>Francesca Gallone</i>

Data di applicazione	9 novembre 2017
REV.	00

Pag. nr. 5 di 14 Deliberazione Nr. (001034)

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

Francesca Gallone



Sommarario

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
2. REGOLAMENTO.....	3
ART. 1 – ATTIVITÀ E COMPITI DELLE CASE DELLA SALUTE	3
ART. 2 - AMBITO DI RIFERIMENTO	4
ART. 3 - MODELLO ORGANIZZATIVO	4
Servizi / Prestazioni Erogabili	4
Sede/risorse strutturali e strumentali.....	5
Orario di funzionamento e modalità di accesso alla CS	5
Risorse Umane: Responsabilità e Compiti.....	6
ART. 4 – STRUMENTI DI GESTIONE.....	9
ART. 5 – RISORSE MESSE A DISPOSIZIONE DALL'ASL VC	10
ART. 6 – ADEMPIMENTI AMMINISTRATIVI E CONTABILI	10
3. RESPONSABILITÀ.....	11
4. RIFERIMENTI.....	11
5. STORIA DELLE MODIFICHE	11

Pag. nr. 6 di 11 Deliberazione Nr. (001034)REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Orlandone

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente regolamento disciplina:

- le funzioni, le attività e i compiti delle Case della Salute (CS);
- le responsabilità delle risorse coinvolte a vario titolo e gli strumenti da utilizzare;
- le modalità di accesso alla documentazione clinica e di collegamento in rete sia coi medici che fanno riferimento alle CS sia con le strutture di riferimento dell'azienda.

2. REGOLAMENTO

ART. 1 – ATTIVITÀ E COMPITI DELLE CASE DELLA SALUTE

Premesso che:

- La Giunta Regionale, con proprio atto deliberativo n.26-1653 del 29.6.2015 avente per oggetto "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n.1-600 del 19.11.2014 e s.m.i." ha individuato le direttrici del nuovo modello organizzativo della rete territoriale.
Con D.G.R. n.3-4287 del 29 novembre 2016 ad oggetto "Interventi regionali e linee di indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria attraverso la sperimentazione delle Case della Salute" la Giunta Regionale ha approvato le "Linee di indirizzo per l'avvio e lo sviluppo del modello sperimentale di Assistenza Primaria:le Case della Salute" individuando nel Distretto l'articolazione aziendale per il governo della domanda a fronte del bisogno espresso dal territorio e garante dell'unitarietà gestionale dei servizi sanitari in ciascun ambito territoriale dell'ASL e nel sistema dell'Assistenza Primaria la continuità delle cure attraverso la presenza capillare sul territorio distrettuale, il rapporto diretto con la popolazione e la funzione di filtro, in coordinamento con l'area socio-sanitaria e socio-assistenziale per intercettare e rispondere appropriatamente ai bisogni della popolazione di riferimento, con particolare riferimento alle patologie croniche a maggior impatto sociale.
- per CS s'intende un "Centro Medico polifunzionale che fornisce risposte integrate, mediante percorsi di cura realizzati in continuità fra Ospedale e Territorio e fra Servizi sanitari e Sociali";
- la CS è anche un luogo fisico-operativo in cui lavorano in équipe i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, gli infermieri, i Medici specialisti, le assistenti sociali, il personale ausiliario e amministrativo;
- operando nell'ambito delle cure primarie le CS non sono un punto della rete dell'emergenza ospedaliera né possono essere assimilate ad un Punto di Primo Intervento o ad un Pronto Soccorso. Nelle CS non vengono svolte attività di emergenza ed urgenza: per l'attività di emergenza/urgenza l'utenza dovrà rivolgersi al DEA/PS di riferimento e/o alla C.O. 118 di Novara;

le attività delle CS, rivolte alla popolazione di riferimento, sono:

Pag. nr. 7 di 14 Deliberazione Nr. (001034)

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Ballone

- accoglienza, informazione, prima valutazione del bisogno, orientamento ai servizi per problematiche specifiche, osservatorio della domanda di Gestione coordinata delle patologie croniche con presa in carico del paziente;
- pianificazione e gestione integrata dell'assistenza domiciliare;
- educazione sanitaria/terapeutica a diversi target di popolazione per la migliore gestione della propria patologia (paziente esperto) o per favorire stili di vita sani;

i compiti della CS sono:

- assicurare l'assistenza medica, infermieristica, riabilitativa e farmaceutica di base, rivedendo e valorizzando gli apporti delle diverse professioni e coordinandoli sulla base del bisogno assistenziale e delle evidenze scientifiche;
- garantire la continuità delle cure, attraverso lo sviluppo della trasmissione e la condivisione delle informazioni sul paziente, anche attraverso l'utilizzo di una cartella clinica informatizzata;
- mantenere aggiornata la cartella clinica informatizzata in modo da permettere la condivisione dei dati con la C.A., il servizio di Cure Domiciliari, con la medicina specialistica e con conseguente produzione di report di monitoraggio;
- offrire servizi sanitari e sociali centrati sul bisogno della persona, tenendo anche conto delle necessità espresse dalla famiglia, garantendo il facile passaggio agli altri livelli di assistenza.

ART. 2 - AMBITO DI RIFERIMENTO

Per il Servizio di Cure Primarie, la popolazione di riferimento è quella in capo ai MMG/PLS operanti nelle CS; per tutte le altre attività è l'intera popolazione di riferimento.

ART. 3 - MODELLO ORGANIZZATIVO

Servizi / Prestazioni Erogabili

Le prestazioni erogabili presso la CS sono principalmente:

- Assistenza sanitaria di base

- assistenza da parte dei Medici di Medicina Generale ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale, 8 luglio 2010 e relativo Accordo Integrativo Regionale D.G.R. 28-2690 del 24/06/2006 e s.m.i.;

- assistenza da parte dei Medici di Pediatri di Libera Scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici Pediatri di Libera Scelta, 8 luglio 2010 e relativo Accordo Integrativo Regionale D.G.R. 17 giugno 2013, n. 20-5960 e s.m.i.;

- Prestazioni sanitarie ambulatoriali

-Prestazioni sanitarie programmate a favore di pazienti fragili (per lo più anziani) affetti da patologie croniche che necessitano di somministrazione di cicli di terapia, esecuzione di prelievi ematici, o completamento dei principali percorsi diagnostici che non richiedono il ricorso all'ospedalizzazione: Diabete, Scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva, pazienti in terapia anticoagulante orale.

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"

Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

Pag. nr. 8 di 14 Deliberazione Nr. (001034)

In tale ambito gruppi di cittadini a rischio, individuati dai MMG titolari delle singole scelte, saranno invitati, secondo un'agenda programmata, a sottoporsi a controlli periodici; l'esito degli accertamenti verrà reso disponibile per via informatizzata ai singoli MMG che hanno in cura i pazienti.

▪ Servizi a valenza socio-assistenziale

- prestazioni di base: informazioni al paziente e ai suoi familiari circa le risorse messe a disposizione dagli Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali (assistenza domiciliare, interventi economici una tantum, distribuzione modulistica per avvio procedura UVG/UMVD, ecc.);
- prestazioni complesse: rivolte specialmente a pazienti ultrasessantacinquenni non autosufficienti o disabili: presa in carico del bisogno espresso dal paziente assumendo il ruolo di interfaccia con gli Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali (distribuzione modulistica e raccolta documentazione necessaria all'avvio di procedure di attivazione di servizi, segnalazione del caso agli uffici competenti).

Sede/risorse strutturali e strumentali

Le CS sono ubicate in strutture aziendali con area dedicata al Servizio Cure Primarie composta da:

- Sala attesa
- Studi medici
- Ambulatorio infermieristico
- Segreteria amministrativa
- Servizi igienici separati tra utenza e personale.

- Area Servizi specialistici con relative sale di attesa e ambulatori specialistici.

- Area Servizi Amministrativi con sportelli in front-office (CUP, Scelta/revoca, Accettazione e ritiro esami ematici, SUSS, uffici protesica).

- Servizio Cure Domiciliari.

- Ogni area è dotata di arredi e strumentario di pertinenza.

- Informatizzazione: presenza di strumento informatico comune ai medici del Gruppo di Cure Primarie per condivisione cartelle cliniche; condivisione informatica dei dati clinici con le altre figure professionali coinvolte nel processo di cura del paziente.

Orario di funzionamento e modalità di accesso alla CS

La CS è aperta all'utenza nei giorni feriali per almeno 8 ore/die.

Pag. nr. 9 di 144 Deliberazione Nr. 001034

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

L'utente può rivolgersi alla CS per fruire prestazioni di specialistica ambulatoriale, prestazioni di tipo infermieristico, altre prestazioni sanitarie erogate all'interno della CS, prenotazioni, pratiche amministrative. I pazienti che afferiscono ai MMG/PLS del Gruppo Cure Primarie possono accedere senza necessità di prenotazione preferenzialmente facendo riferimento agli orari di presenza del proprio Medico o previo appuntamento con il proprio MMG/PLS.

Nei giorni di sabato, domenica, festivi e prefestivi (dalle ore 10.00), l'utenza può rivolgersi al Servizio di Continuità Assistenziale

Risorse Umane: Responsabilità e Compiti

L'Equipe della CS è multiprofessionale e multidisciplinare, in essa operano:

MEDICI DI MEDICINA GENERALE

In un servizio che eroga cure primarie, rappresentano la figura centrale del servizio ed erogano le prestazioni previste dall'assistenza primaria di cui all'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale, 8 luglio 2010 e relativo Accordo Integrativo Regionale D.G.R. 28-2690 del 24/06/2006 e s.m.i.

I MMG che aderiscono al Gruppo di Cure Primarie operante all'interno della CS, pur mantenendo alcuni il proprio ambulatorio, svolgono a turno tutta o parte della propria attività in modo coordinato presso la struttura in modo da garantirne un'apertura da un minimo 6 ore/die fino a un massimo di 12 ore /die.

L' Equipe Medica operante nella CS è costituita da un numero di MMG variabile in base alle disponibilità espresse dai singoli professionisti ed alle esigenze concordate con il Distretto. I turni sono di durata variabile e vengono concordati con il Medico Referente della CS, che provvede a stilare un orario che verrà inviato a tutti i medici interessati, al Distretto ed esposto presso la sede della CS.

Il medico di turno nella CS prende in cura gli assistiti in carico dal punto di vista sanitario ed assistenziale ed è responsabile della valutazione e gestione clinica dei casi e dell'attivazione dei percorsi di cura ritenuti più appropriati.

Il MMG di turno, in base alle necessità del paziente impartisce al personale afferente alla CS le indicazioni clinico-assistenziali che risultano più appropriate alla gestione del caso.

La cessazione dell'attività da parte del MMG all'interno della CS deve essere comunicata con almeno 60 giorni di preavviso.

L'attività libero professionale deve essere normata ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale, 8 luglio 2010 e del vigente "Regolamento Aziendale".

PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Il Pediatra di libera Scelta (PLS) effettua ambulatorio pediatrico; i turni sono di durata variabile e vengono concordati con il Medico Referente della CS e dipendono dalle disponibilità espresse dai singoli professionisti.

Lavora in percorsi integrati con gli altri professionisti, erogando le prestazioni previste assistenza primaria di cui all'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) dei Medici Pediatri di Libera Scelta, 8 luglio 2010 e relativo Accordo Integrativo Regionale D.G.R. 17 giugno 2013, n. 20-5960 e s.m.i.

La cessazione dell'attività da parte del PLS all'interno della CS deve essere comunicata con almeno 60 giorni di preavviso.

L'attività libero professionale deve essere normata ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) dei Medici Pediatri di Libera Scelta, 8 luglio 2010 e del vigente "Regolamento Aziendale".

Paq. nr. 40 di 144 Deliberazione Nr. (001034)

ASL VC

RE Case della Salute (DIS.RE.2213.00).doc

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

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone
6/11

MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

L'attività della Continuità assistenziale (Guardia Medica) è presente in sede o in prossimità; è svolta nei giorni prefestivi e festivi nei seguenti orari: da Lunedì al Venerdì dalle ore 20 alle 8; sabato e prefestivi dalle ore 10 alle ore 24; domenica dalle ore 00.00 alle ore 8 del giorno successivo.

SPECIALISTI

Presso le CS sono erogate attività ambulatoriali specialistiche.

Le branche specialistiche presenti nelle CS sono state individuate nel Progetto Aziendale di Riordino della Rete Ambulatoriale.

La riorganizzazione ha portato ad una classificazione dei punti di erogazione basata su 3 livelli a complessità crescente applicando una logica analoga a quella utilizzata per classificare i presidi ospedalieri:

- **punti di erogazione di base**, per l'erogazione di prestazioni prevalentemente monospecialistiche e monodisciplinari a bassa complessità (visite specialistiche che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente poco articolato);
- **punti di erogazione di I livello**, per l'erogazione di prestazioni specialistiche di base, di prestazioni richiedenti una maggior dotazione tecnologica (es. radiografia del torace), di prestazioni di assistenza primaria e con la possibilità di erogare "pacchetti di prestazioni" a completamento della visita iniziale;
- **punti di erogazione di II livello**, localizzati nei Presidi Ospedalieri dove sono concentrate le alte specialità e le tecnologie ad alto costo.

Sulla base di tale classificazione le CS di Cigliano e Coggiola sono state individuate come "punti di erogazione di base", le CS di Santhià e Gattinara-Varallo come "punti di erogazione di I livello".

L'attività specialistica ambulatoriale viene erogata all'interno delle CS sia da Medici Specialisti Ambulatoriali Convenzionati che da Medici Ospedalieri.

Il paziente accede agli ambulatori e alle prestazioni con impegnativa del MMG/PLS/Specialista Ospedaliero o Convenzionato previa prenotazione presso le sedi CUP aziendali, Call-center, Farmacie.

In caso di pazienti che necessitano di visite ambulatoriali a domicilio il MMG può attivare il Servizio Cure domiciliari che a sua volta può avvalersi anche degli specialisti presenti per l'erogazione di prestazioni al domicilio.

Con l'attivazione dei PDTA gli Specialisti collaboreranno strettamente con i MMG per la presa in carico del paziente inserito nel percorso.

PERSONALE INFERMIERISTICO E DI SUPPORTO

Il personale infermieristico è presente nell'orario di apertura della CS.

CPSE (Coordinatore Professionale Sanitario Esperto – "caposala"):

ha la responsabilità dell'organizzazione operativa della struttura del personale del comparto; in dettaglio:

- mantiene i rapporti con i CPSE dei servizi ospedalieri e territoriali;
- opera a stretto contatto con il Medico referente della CS;

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallo

Pag. nr. 11 di 144 Deliberazione Nr. (00.1034)

- programma i turni di lavoro del personale in rapporto a normative vigenti, all'organizzazione delle attività centrate sull'utenza, a criteri e regole stabiliti dal SITROP per la fruizione dei relativi istituti;
- verifica in itinere l'andamento delle attività programmate, i processi lavorativi e organizzativi per apportare eventuali interventi correttivi, proporre la variazione di procedure e di protocolli ritenuti non più adeguati, elaborare e rielaborare strumenti organizzativi di integrazione;
- pianifica l'approvvigionamento di: farmaci, presidi, materiale vario e attrezzature sulla base del fabbisogno dei consumi, delle giacenze e del rapporto costo/qualità;
- collabora con il referente della CS alla raccolta e alla tenuta dei dati di attività.

CPSI (Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere):

- identifica e accoglie i pazienti;
- valuta il bisogno del paziente;
- garantisce la corretta successione di chiamata degli utenti;
- indirizza gli utenti/pazienti verso il percorso più idoneo al problema rilevato;
- collabora con il MMG nella gestione del percorso diagnostico-terapeutico più appropriato per il paziente;
- attua le prestazioni programmate garantendo partecipazione, sicurezza, efficienza e gradimento dell'utente;
- agisce in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- documenta l'assistenza prestata;
- provvede al ripristino dell'ambulatorio e del materiale utilizzato in collaborazione con il personale di supporto ove presente.

CPSI di Comunità e Famiglia:

- gestisce il processo assistenziale;
- analizza i bisogni di salute della famiglia e della comunità;
- garantisce la continuità assistenziale, la promozione della salute, l'attività di ricerca e consulenza.

PERSONALE AMMINISTRATIVO

Il personale delle CS svolge le attività amministrative in capo al Distretto:

in front-office: prenotazioni, protesica, scelta e revoca, accettazione prelievi ematici, consegna referti, SUSS;

in back-office: consuntivazione, archiviazione, liquidazione fatture con l'utilizzo degli applicativi di pertinenza.

Personale amministrativo dedicato al Gruppo Cure Primarie: svolge funzioni di segreteria per i MMG/PLS afferenti al Gruppo di Cure Primarie.

ASSISTENTI SOCIALI

All'interno delle CS collaborano sia gli assistenti sociali del Distretto che gli Assistenti Sociali degli Enti Gestori dei servizi socioassistenziali nella presa in carico congiunta dei pazienti fragili.

Pag. nr. 12 di 144 Deliberazione Nr. (00) **1 034**

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

MEDICO REFERENTE DEL CS

È il Medico, delegato dal Direttore del Distretto, a svolgere le funzioni igienico-organizzative all'interno della CS con l'obiettivo di assicurare il coordinamento delle attività del personale ivi operante (MMG, PLS, specialisti, infermieri, amministrativi ecc.).

Il Medico Referente organizza le attività della CS con l'obiettivo di perseguire l'omogeneità dei percorsi clinici/ diagnostici per le patologie croniche, il monitoraggio dei processi assistenziali e la valutazione sistematica e continuativa dei risultati finali dell'assistenza prestata, anche attraverso il periodico confronto con gli altri professionisti sanitari che operano nella CS, con l'obiettivo di perseguire il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Il Medico Referente della CS svolge, in particolare, i seguenti compiti:

- in collaborazione con il Direttore di Distretto propone annualmente un programma di lavoro della CS contenente gli obiettivi che si intendono perseguire, le risorse necessarie e le modalità di verifica.;
- collabora con la Direzione del Distretto nella gestione degli aspetti organizzativi e logistici, risolvendo anche eventuali criticità;
- si interfaccia con il Distretto, i Presidi Ospedalieri, i Servizi Sociali interessati e i servizi aziendali di supporto alle funzioni della CS per garantirne un funzionamento ottimale;
- collabora con i MMG/PLS per la definizione dei turni di presenza;
- redige i report sulle attività svolte all'interno della CS in collaborazione con la CPSE;
- collabora con la CPSE nell'organizzazione dell'attività sanitaria nell'ambito della CS.

In caso di assenza del Medico Referente della CS, ogni eventuale criticità deve essere tempestivamente segnalata ad un dirigente medico del Distretto per i provvedimenti del caso.

ART. 4 – STRUMENTI DI GESTIONE

Gli strumenti di gestione utili al funzionamento delle CS sono:

- Documenti aziendali: Regolamento di funzionamento delle CS e Protocolli operativi inerenti le attività delle CS;
- Apparecchiature: dotazione strumentale e tecnologica di base prevista dai progetti di sperimentazione delle CS;
- Documentazione sanitaria e amministrativa, anche informatica, a supporto delle attività sanitarie, di rendicontazione e di debito informativo:
 - i MMG/PLS compilano la cartella clinica informatizzata messa a disposizione dall'ASL per l'utilizzo in rete;
 - tutte le attività svolte a favore di pazienti in carico alle CS devono essere registrate in modo da alimentare i flussi informativi correnti (File C per la specialistica ambulatoriale; file F per i farmaci; flusso Protes per integrativa e protesica; flussi FAR e SIAD per le attività sociosanitarie);

Pag. nr. 13 di 144 Deliberazione Nr. (00)1034

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

La modalità di accesso alla rete aziendale avviene con credenziali (utente e password).
Ad ogni utente è associato idoneo profilo di accesso.

ART. 5 – RISORSE MESSE A DISPOSIZIONE DALL'ASL VC

L'ASL:

- fornisce i locali per lo svolgimento della specifica attività, ivi compresi i relativi costi per le utenze, per la pulizia e la manutenzione degli stessi;
- fornisce il materiale sanitario di consumo per lo svolgimento della attività ambulatoriale;
- fornisce gli applicativi informatici necessari per lo svolgimento dell'attività e, in particolare, il software di gestione della cartella clinica ad uso dei MMG/PLS;
- garantisce il supporto amministrativo per le attività connesse alla gestione del paziente;
- mette a disposizione delle CS il personale infermieristico/di supporto utile per la gestione assistenziale dei pazienti cronici inseriti in percorsi diagnostico-terapeutici (scompenso cardiaco, diabete, ecc.);
- garantisce l'attività infermieristica per l'assistenza territoriale (ADI; continuità assistenziale, ecc.) e specialistica ambulatoriale, secondo gli orari previsti dall'attività distrettuale e specialistica;
- prevede applicazione dei PDTA con percorsi dedicati per l'esecuzione di prestazioni ambulatoriali specialistiche per i pazienti presi in carico;
- promuove il coordinamento con gli Enti Gestori dei servizi socioassistenziali.

ART. 6 – ADEMPIMENTI AMMINISTRATIVI E CONTABILI

Le CS verranno identificate come singolo Centro di Costo che sarà gestito dal Medico referente della CS e dalla CPSE (o delegato) per le funzioni ordinarie (beni e servizi).

A tutto il personale in servizio ivi compresi MMG e PLS dovrà utilizzare un cartellino identificativo.

COMPENSO RICONOSCIUTO AI MMG/PLS OPERANTI NELLA CS

Ai MMG operanti all'interno delle CS verranno corrisposti gli emolumenti previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale, 8 luglio 2010 e relativo Accordo Integrativo Regionale D.G.R. 28-2690 del 24/06/2006 e s.m.i.;

Ai PLS operanti all'interno delle CS verranno corrisposti gli emolumenti previsti dall'Accordo dei Medici di Pediatri di Libera Scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici Pediatri di Libera Scelta, 8 luglio 2010 e relativo Accordo Integrativo Regionale D.G.R. 17 giugno 2013, n. 20-5960 e s.m.i.;

Pag. nr. 14 di 144 Deliberazione Nr. **001034**

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

3. RESPONSABILITÀ

Ad integrazione delle responsabilità specifiche individuate in "Modalità operativa" si precisano le seguenti responsabilità in capo alle seguenti figure professionali:

Funzione responsabile	Attività
Dirigente Medico Referente CS	Diffusione di questo documento tra il personale dipendente e convenzionato operante nella CS Verifica affinché quanto riportato nel documento sia osservato dal personale dipendente e convenzionato

4. RIFERIMENTI

- PSSR 2012-2015
- DGR n. 26-1653 del 29/06/2015 "Interventi di riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R.n.1-600 del 19/11/2014 e s.m.i."
- DGR n.3-4287 del 29/11/2016 "Interventi regionali e linee di indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute"
- D.D n. 438 del 30/06/2017 ad oggetto "DGR n.3-4287 del 29.11.2016 – Valutazione dei progetti ASL e indirizzi per l'avvio e il monitoraggio della sperimentazione"
- Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale, 8 luglio 2010 e relativo Accordo Integrativo Regionale D.G.R. 28-2690 del 24/06/2006 e s.m.i.
- Accordo Collettivo Nazionale dei Medici Pediatri di Libera Scelta, 8 luglio 2010 e relativo Accordo Integrativo Regionale D.G.R. 17 giugno 2013, n. 20-5960 e s.m.i.
- Programma delle Attività Territoriali (PAT) dell'ASL VC – anno 2016 ex DGR 26-1653/2015

5. STORIA DELLE MODIFICHE

REV	Data	Descrizione delle modifiche
00	9 Nov. 2017	Prima emissione

Pag. nr. 15 di 144 Deliberazione Nr. (001034)

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Galloni

**Schema-riepilogativo del Regolamento di Funzionamento organizzativo ed operativo della Casa della Salute
Foglio Elenchi**

Premessa metodologica. Il presente schema è un'appendice dell'Allegato B e lo integra per le voci che necessitano di una risposta con elenco di attività, personale, ecc. Per ogni voce inserire un numero di righe corrispondenti alle attività/informazioni da elencare. Qualora le informazioni richieste per ogni voce siano già contenute totalmente o parzialmente nel progetto iniziale, indicare: VEDI PROGETTO, pag. e riportare qui solo le informazioni mancanti nelle celle corrispondenti.

ASL "VC"	DISTRETTO UNICO				
Case della Salute (CS)	CS - SANTHIA'	CS - CIGLIANO	CS- GATTINARA	CS - VARALLO	CS - COGGIOLA
Ubicazione	Santhià	Cigliano	Gattinara	Varallo	Coggiola
Ambito territoriale (1)	Santhià (8612) Balocco (228) , Buronzo (868), Carisio (822), Crova (382), Salasco (227) , San Germano (1621), Tronzano (3510)	Cigliano(ab.4570),B orgodale(ab.2446), Moncrivello(ab.14 07),Livorno F.(ab.4483)Bianzè(ab.1968) Alice Castello (ab.2714)	Gattinara(ab.8084), Sostegno(ab.774),L ozzolo(ab.822),Serr avalle+frazioni(ab. 4994)Grignasco(ab. 4582) Romagnano (ab.3974)Lenta (868) Roasio(2366) Ghislarengo(ab.887) Prato Sesia (ab.1908),Rovasen da (ab.978)	Varallo(ab.72 62), Alagna(ab.408) , Riva Valdobbia(ab. 258), Mollia(ab.95), Campertogno (ab.237), Piode (ab.202), Pila (142), Scopello(387 , Scopca(381), Balmuccia(11 2), Vocca(174), Carcoforo(78 , Rima(59), Rimasco(106 , Bocciolo(20 5), Rossa(180), Rimella(134), Fobello(196, 69)	Coggiola(ab.18 75),Pray(ab.21 80),Crevacuore (ab.1875),Ailoc he(ab.346)Capr ile(ab.189) Postua (ab.569)Guarda bosone (346)Portula(12 69)
PDTA erogati	Diabete - Demenze - Bozza Scompenso Cardiaco	Diabete - Demenze - Bozza Scompenso Cardiaco	Diabete - Demenze - Bozza Scompenso Cardiaco	Diabete - Demenze - Bozza Scompenso Cardiaco	Diabete - Demenze - Bozza Scompenso Cardiaco
Branche specialistiche trattate	Vedi pag. 5 progetto	Vedi pag. 4 progetto	Vedi pag. 5 progetto	Vedi pag. 4 progetto	Vedi pag. 4 progetto
Attività di laboratorio	SI	SI	SI	SI	SI
Attività diagnostiche radiologiche	SI	NO	SI	NO	NO
Altre attività diagnostiche	SI	NO	SI	NO	NO
Attività socio-sanitarie distrettuali (2)	SUSS	0	SUSS	SUSS	SUSS
Attività socio-sanitarie dipartimentali (3)	DSM-SERD-DMI- NPI	0	DSM-SERD-DMI- NPI	DMI-NPI-	DMI
Attività di prevenzione e promozione della salute svolte in collaborazione con il DP	Vaccinazioni fascia pediatrica e adulti	0	Vaccinazioni fascia pediatrica e adulti	Vaccinazioni fascia pediatrica e adulti	0

Medici di medicina generale operanti nella CS (4)	000697P-027097Q- 021494F-021888J- 020531N-027397Z- 020542Z-	0	020553U-020458D-	021926F- 020748P- 021660G- 020694S- 021143N- 021952R- 020450H	020715W- 021827C- 020844Y- 020449C- 020888V
MMG collegati in rete funzionale con la CS (operanti nei propri studi allocati sul territorio distrettuale) (4)	0	0	020387W-020339D- 020379M-025102J- 020799B	0	0
Pediatri di libera scelta operanti nella CS (4)	000671P-026279B	0	026608E-000294P	0	025716Q
N. PDLS collegati in rete funzionale con la CS (operanti nei propri studi con sede sul territorio distrettuale) (4)	0	0	0	0	0

NOTE per la compilazione

- (1) Elencare i Comuni solo nel caso in cui l'ambito territoriale sia inferiore al Distretto.
- (2) Elencare le attività erogate e gestite direttamente dal Distretto
- (3) Elencare le attività erogate nella CS e facenti capo a strutture territoriali diverse dal Distretto (es. DSM, SERD, DMI, ecc.)
- (4) Elencare i rispettivi codici regionali

Schema-riepilogativo del Regolamento di Funzionamento, organizzativo ed operativo della Casa della Salute

Premessa metodologica. Il presente schema deve essere compilato dall'ASL/Distretti con riferimento ad ogni Casa della Salute presente sul proprio territorio: sia quelle di nuova attivazione, sia quelle già esistenti e potenziate nell'ambito della sperimentazione avviata con la D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016. La compilazione deve essere effettuata sul presente foglio excel, senza modificarne l'impostazione e riportando in ogni colonna i dati di ciascuna CS presente sul territorio di ogni Distretto, ferma restando ovviamente l'opportunità di dettagliare le specificità di funzionamento della CS in un apposito allegato facente parte integrante del presente schema di riepilogo. Il presente schema viene compilato per il 2017, in fase di avvio della sperimentazione e verrà annualmente aggiornato o confermato entro il 28 febbraio del 2018 e del 2019.

ASL "VC"	DISTRETTO UNICO				
Casa della Salute (CS)	CS - SANTHIA'	CS - CIGLIANO	CS- GATTINARA	CS - VARALLO	CS - COGGIOLA
Data attivazione		01/12/2017			
data di avvio potenziamento (per le CS già esistenti) (11)	01/12/2017		01/12/2017	01/12/2017	01/12/2017
Ubicazione	Santhià- Via Matteotti, 24/A	Cigliano - V.lo Garavoglia, 1	Gattinara - CORSO VERCELLI 159	Varallo -VIA PROF. CALDERINI N. 2	Coggiola - VIA GARIBALDI 97
Proprietà della struttura: ASL (1)	SI	SI	SI	SI	SI
Proprietà della struttura: Ente locale (1)	NO	NO	NO	NO	NO
Proprietà della struttura: privato o altro (specificare)	0	0	0	0	0
Arredi e attrezzature sanitarie messi a disposizione dall'ASL (1)	SI	SI	SI	SI	SI
Se NO specificare l'Ente/soggetto a cui fa capo la proprietà degli arredi e attrezzature	0	0	0	0	0
Ambito territoriale di riferimento (2)	vedi all. B1	vedi all. B1	vedi all. B1	vedi all. B1	vedi all. B1
Bacino d'utenza attuale (n. abitanti)	8612*	4570	8084	7262	1875
Bacino d'utenza potenziale (n. abitanti)	7658*	13018	22153	4044	6774
Orari di funzionamento (3)	dal lun al ven 7,30-19,00 nei festivi e prefestivi servizio di continuità assistenziale	dal lun al ven 7,30-15,30 nei festivi e prefestivi servizio di continuità assistenziale	dal lun al giov 7,30-15,30 il venerdì 7,30-19,00 nei festivi e prefestivi servizio di continuità assistenziale	dal lun al ven 7,30-18,30 nei festivi e prefestivi servizio di continuità assistenziale	dal lun al ven 7,30-19,00 nei festivi e prefestivi servizio di continuità assistenziale
Accesso diretto (1)	SI	SI	SI	SI	SI
Accesso solo su prenotazione (1)	SI	SI	SI	SI	SI
Accesso su prenotazione solo per visite diagnostiche/specialistiche e PDTA (1)	SI	SI	SI	SI	SI
C.A.(ex G.M.) presente nella CS (1)	SI	SI	SI	SI	NO
C.A.(ex G.M.) in prossimità della CS (1)	NO	NO	NO	NO	NO
Sezione 1: Modello organizzativo (4)					
Modello strutturale	SI	SI	SI	SI	SI
Modello strutturale-funzionale	0	0	0	0	0
Modello funzionale	0	0	0	0	0
Modalità di coordinamento funzionale della CS: (descrivere in forma sintetica nella celle sottostanti) (5)					
con le forme associative MMG/PDLS sul territorio	in itinere: riconoscimento da parte della Regione Piemonte gruppo cure primarie	NO	SI	SI	SI
con i MMG di scelta del paziente	SI	SI	SI	SI	SI
con le strutture specialistiche ospedaliere e territoriali dell'ASL	SI (CUP)	SI (CUP)	SI (CUP)	NO (CUP)	NO (CUP)
con le strutture specialistiche delle AO/AOU di riferimento territoriale	NO	NO	NO	NO	NO
con il Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (NDCC)	SI	SI	SI	SI	SI
con l'area socio-sanitaria	SI	SI	SI	SI	SI
Modalità di coordinamento operativo fra assistenza primaria e C.A. (ex G.M.)	NO	NO	NO	NO	NO

*Nella scheda progetto il calcolo è stato effettuato sugli assistiti dei n. 7 MMG operanti nella CS.(10200) e il bacino di utenza potenziale è stato calcolato inserendo abitanti di comuni indicati come afferenti alla CS di Cigliano, ma in considerazione del livello maggiore della CS di Santhià si prospetta un bacino di utenza "potenziale" maggiore nella CS di Santhià

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

Sezione 2: Attività erogate					
Accoglienza, informazione, prima valutazione del bisogno, orientamento ai servizi (1)	SI	SI	SI	SI	SI
Prestazioni amministrative e di supporto (1)	SI	SI	SI	SI	SI
Sede/Punto CUP sede nella CS (1)	SI	SI	SI	NO	NO
Modalità di registrazione dell'accesso	NO	NO	NO	NO	NO
Modalità di attivazione dei percorsi per le cronicità (5,6)	Vedi all. PDTA Diabete-Demenze-Bozza PDTA Scompenso Cardiaco	Vedi all. PDTA Diabete-Demenze-Bozza PDTA Scompenso Cardiaco	Vedi all. PDTA Diabete-Demenze-Bozza PDTA Scompenso Cardiaco	Vedi all. PDTA Diabete-Demenze-Bozza PDTA Scompenso Cardiaco	Vedi all. PDTA Diabete-Demenze-Bozza PDTA Scompenso Cardiaco
Modalità di gestione/sviluppo dei percorsi per le cronicità (5,6)	Vedi all. PDTA Diabete-Demenze-Bozza PDTA Scompenso Cardiaco	Vedi all. PDTA Diabete-Demenze-Bozza PDTA Scompenso Cardiaco	Vedi all. PDTA Diabete-Demenze-Bozza PDTA Scompenso Cardiaco	Vedi all. PDTA Diabete-Demenze-Bozza PDTA Scompenso Cardiaco	Vedi all. PDTA Diabete-Demenze-Bozza PDTA Scompenso Cardiaco
Assistenza primaria: MMG (1)	SI	NO	SI	SI	SI
Assistenza primaria: PDLS (1)	SI	NO	SI	NO	SI
Ambulatorio infermieristico (1)	SI	SI	SI	SI	SI
Infermiere di famiglia/comunità (1)	NO	NO	NO	NO	NO
N. P.L. di osservazione breve (7)	NO	NO	NO	NO	NO
Presenza Sportello Unico Socio-Sanitario (1)	SI	NO	SI	SI	SI
Servizi socio-assistenziali presenti in sede CS (1)	SI	NO	SI	SI	SI
Punto Unico di Accesso (PUA) (1)	0	0	0	0	0
Postazione 118 presente in struttura (1)	SI	NO	SI	SI	NO
Data di sottoscrizione protocollo operativo con Servizio di Emergenza-Urgenza	20/10/2017	20/10/2017	20/10/2017	20/10/2017	20/10/2017
Sezione 3: risorse umane/equipe					
CS					
1) Cure primario					
N. Medici di medicina generale operanti nella CS	n. 7 MMG -	0	n. 2 MMG -	n. 7 MMG -	n. 5 MMG -
Coincidenti con una o più forme associative già esistenti (1)	NO	NO	SI	SI	SI
Se SI specificare la tipologia (gruppo, associazione, rete, E.T.)	0	0	RETE	GRUPPO	GRUPPO
N. MMG collegati in rete funzionale con la CS (operanti nei propri studi sul territorio distrettuale)	0	0	5 MMG	0	0
Coincidenti con una o più forme associative già esistenti (1)	0	0	SI	0	0
Se SI specificare: il numero e la tipologia (es. 1 gruppo, 2 associazioni, 1 rete, 1 E.T.)	0	0	2 RETI	0	0
N. Pediatra di libera scelta operanti nella CS	n. 2 PLS	0	n. 2 PLS	0	n. 1 PLS
Coincidenti con una o più forme associative già esistenti (1)	NO	NO	NO	NO	NO
Se SI specificare la tipologia (gruppo, associazione, rete, AFT)					
N. PDLS collegati in rete funzionale con la CS (operanti nei propri studi operanti sul territorio distrettuale)	NO	NO	NO	NO	NO
Coincidenti con una o più forme associative già esistenti (1)	NO	NO	NO	NO	NO
Se SI specificare: il numero e la tipologia (es. 1 gruppo, 2 associazioni, 1 rete, 1 ET/AFT)					
2) Personale Infermieristico					
N. Infermieri ASL	26	7	16	7	3
di cui N. dipendenti SSR (t./t.d.)	n. 6 CPSI t.l. (Psichiatria) + n. 7 CPSI (con CPSE att. Spec.) t.l. + n. 5 CPSI t.l. (cure dom.r) + n. 4 CPSI t.d. (att. Spec.) + n. 2 CPSI t.d. (cure dom.r)	n. 3 CPSI t.l. + 1 CPSI t.d. + n. 2 CPSI t.l. (cure dom.r) + n. 1 CPSI t.d. (Cure dom.r)	n. 3 CPSI t.l. (att. Spec.) + n. 1 CPSI t.l. (psich) - e n. 3 CPSI t.d. 70% (att. Spec.) + 2 CPSI t.d. 70% (psich) + n. 7 CPSI t.l. (cure dom.r)	n. 2 t.l. e n. 1 t.d. 60% + n. 4 CPSI t.l. (cure dom.r)	n. 1 t.l. + n. 2 CPSI t.l. (cure dom.r)
di cui N. operatori con rapporto di lavoro non strutturato	0	0	0	0	0
Infermieri ASL - TOT. ore/sett. svolte nella CS	784.3	230	546	237.36	108
di cui N. ore/sett dipendenti SSR (t./t.d.)	h. 216 t.l. (6 CPSI psich) + h. 252 t.l. (7 CPSI con CPSE att. Spec.) + h. 93.30 t.d. (4 CPSI att. Spec.) + h. 180 t.l. (5 CPSI cure dom.r) + h. 43 t.d. (2 CPSI cure dom.r)	h. 108 t.l. + h. 25 t.d. + h. 72 t.l. (cure dom.r) + h. 25 t.d. (cure dom.r)	h. 108 t.l. (3 att. Spec.) + h. 36 t.l. (1 psich) + h. 75 t.d. (n.3 att.spec) + h. 75 t.d. (2 psich) + h. 252 t.l. (7 CPSI (cure dom.r))	h. 72 t.l. e h. 21.36 t.d. + h. 144 (4 CPSI t.l. (cure dom.r))	h. 36 t.l. + h. 72 (2 CPSI t.l. (cure dom.r))
di cui N. ore/sett. rapporto di lavoro non strutturato	0	0	0	0	0
N. Infermieri gruppo MMG7PDLS	n. 2 CPSI	0	0	0	0
Infermieri Gruppo medici - TOT. ore/sett. svolte nella CS	H. 50	0	0	0	0

In corso di acquisizione sistema gestione accessi

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "A.C."
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

Previsto n. 1 infermiere di famiglia e comunità in ogni Casa della Salute.

3. Assistenza specialistica					
N. medici specialisti	18	7	15	9	2
di cui N. medici dipendenti SSR (t.i./t.d.)	8	0	8	3	0
di cui N. medici convenzionati SSR (specialisti ambulatoriali)	10	7	7	6	2
di cui N. medici rapporto libero professionale o comunque non strutturato	NO	NO	NO	NO	NO
Medici specialisti - TOT. ore/sett. svolte nella CS	154	30	146	42	12
di cui n. ore dipendenti SSR (t.i./t.d.)	82	0	91	12	0
di cui n. ore convenzionati SSR (specialisti ambulatoriali)	72	30	55	30	12
di cui N. ore rapporto libero professionale o comunque non strutturato	NO	NO	NO	NO	NO
4. Personale sanitario dirigente non medico (8)					
N. dirigenti	3	0	1	1	0
Figure professionali	Psicologo	0	Psicologo	Psicologo	0
di cui N. dipendenti SSR (t.i./t.d.)	1	0	1	0	0
di cui N. operatori a rapporto libero professionale o comunque non strutturato	2 (1 psicologo in capo a SS Psicologia e n. 1 SERD X Alcolologia)	0	0	1	0
Dirigenti sanitari non medici - TOT. ore/sett. svolte nella CS	111	0	20	0	0
di cui N. ore/sett dipendenti ASL	38	0	20	0	0
di cui N. ore/sett. rapporto libero professionale o comunque non strutturato	h. 73 di cui 38 SS Psicologia e h. 35 SERD	0	0	5	0
5. Personale sanitario non dirigente (8)					
N. operatori	17	0	15	4	1
Figure professionali	tecnico di radiologia - capo tecnico - massoterapista-fisioterapista-educatore prot.le-ostetrica-	0	tecnico di radiologia - capo tecnico - tecnico psicomotricista - logopedista-fisioterapista-educatore prot.le-ostetrica	tecnico psicomotricista - logopedista-fisioterapista-ostetrica	ostetrica
di cui N. dipendenti SSR (t.i./t.d.)	n. 15 t.i.(2 tec.rad+1 CT+ 7 fisiot (con CPSE) +1 massoter + n.1 educatore t.i. + n.3 ostetriche t.i.(compreso CPSE)n. 2 t.d.(1 educatore t.d.+ n. 1 fisioterapista t.d.)	0	n. 11 t.i.(1 tec. Rad. + 1 CT + 1 psicom. + 1 logop + 6 fisiot.com CPSE+1 educatore) + n. 4 t.d. (n. 2 fisioter+n. 2 ostetriche)	n. 4 t.i. (1 psicomotricista+1 logop +1 fisioter+ n. 1 t.i. ostetrica) (presente solo in apertura consultorio - da Borgosesia)	h. 1 ostetrica (presente solo in apertura consultorio da - Borgosesia)
di cui N. operatori con rapporto di lavoro non strutturato	0	0	0	0	0
Operatori sanitari non dirigenti - TOT. ore/sett. svolte nella CS	572	0	464	124	6
di cui N. ore/sett dipendenti SSR (t.i./t.d.)	h. 72 t.i.(n. 2 tecnici rad) + CapoTecnico h. 18 t.i. (a scavalco con Gattinara)+ h.36 (massoterapista) + h. 25 t.d. (fisioter.)+h. 252 t.i. (fisioterapista)+h. 36 t.i. (educatore)+ h. 25 t.d. (educatore)+h. 108 t.i. (ostetriche con CPSE)	0	h. 36 t.i.(n.1 tec. Rad) + CapoTecnico h. 18 t.i. (a scavalco con Santhià)+h.36 t.i. (psicomotricista)+h. 36 t.i. (logopedista)+h. 216 t.i. (n. 6 fisioterapisti) + h. 36 t.d. (n. 2 fisioterapisti)+h.36 t.i. (educatore)+h. 50 t.d. (ostetriche)	h. 36 t.i. (psicomotricista)+h. 36 t.i. (logopedista)+h. 36 (fisioterapista)+ h. 16 (ostetrica -di BG)	h. 6 (ostetrica --di BG)
di cui N. ore/sett. rapporto di lavoro non strutturato	0	0	0	0	0
6. Personale area professionale e tecnica (dirigente e non)					
N. operatori	3	1	4	1	1
Figure professionali	Assistente Sociale + ASS	Assistente Sociale	OSS - Generico- Assistente Sociale	Assistente Sociale	Assistente Sociale
di cui N. dipendenti SSR (t.i./t.d.)	n. 1 ASS t.i. + n. 1 ASS t.d.	0	n. 1 OSS (t.i.)- n. 2 Generici (t.i.)-	0	0
di cui N. operatori con rapporto di lavoro l.p./non strutturato	0	0	0	0	0
di cui N. operatori EE.II.	1	1	n. 1 Assistente Sociale	1	1
Operatori area prof.le e tecnica - TOT. ore/sett. svolte nella CS	63	1	115	8	8
di cui N. ore/sett dipendenti SSR (t.i./t.d.)	h. 36 t.i. + h. 25 t.d.	0	108	0	0
di cui N. ore/sett. rapporto di lavoro l.p./non strutturato	0	0	0	0	0
di cui N.ore/sett operatori EE.II.	2	1	7	8	8
7. Personale amministrativo					
N. amministrativi SSR	8	1	7	2	1
Amministrativi SSR - TOT. ore/sett. svolte nella CS	234	36	234	51	36
N. amministrativi gruppo MMG/PDLS	1	0	0	0	0
Amministrativi gruppo medici - TOT. ore/sett. svolte nella CS	36	0	0	0	0
Modalità di coordinamento della CS (5)					
Ruolo svolto dal Direttore di Distretto	Monitoraggio attività	Monitoraggio attività	Monitoraggio attività	Monitoraggio attività	Monitoraggio attività
Quota parte del tempo annuo dedicato	500 ore				
N. Medici del Distretto operanti nella CS	1			1	
N.ore settimanali Medici del Distretto	25			25	
Altre modalità di coordinamento sanitario della struttura (5-9)	n. 1 CPSE		n. 1 CPSE		n. 1 CPSE

REGIONE PIEMONTE

A.S.L. "VQ"

Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

Sezione 4: Strumenti di gestione per scambio informazioni/comunicazione trasversale (5)					
Strumenti informatici/telematici per lo scambio di informazioni all'interno della CS	pag. 3 progetto	pag. 4 progetto	pag. 4 progetto	pag. 3 progetto	pag. 4 progetto
Strumenti informatici/telematici per il collegamento fra la CS e la rete informatica aziendale riferita ai seguenti livelli:					
Distretto	pag. 3 progetto	pag. 4 progetto	pag. 4 progetto	pag. 3 progetto	pag. 4 progetto
Ospedale	pag. 3 progetto	pag. 4 progetto	pag. 4 progetto	pag. 3 progetto	pag. 4 progetto
Aree diagnostiche (teleferfertazione)	pag. 3 progetto	pag. 4 progetto	pag. 4 progetto	pag. 3 progetto	pag. 4 progetto
DEA-Servizio EMERGENZA-URGENZA	pag. 3 progetto	pag. 4 progetto	pag. 4 progetto	pag. 3 progetto	pag. 4 progetto
Strumenti informatici/telematici per il collegamento fra la CS e la rete MMG/PDLS esterna alla struttura	pag. 3 progetto	pag. 4 progetto	pag. 4 progetto	pag. 3 progetto	pag. 4 progetto
Progetti di telemedicina in corso:					
Teleassistenza domiciliare (1)	NO	NO	NO	NO	NO
Teleconsulto tra professionisti (1)	NO	NO	NO	NO	NO
Altro	NO	NO	NO	NO	NO
Strumenti di gestione per debiti informativi e rendicontazione attività	CUP-AMBWEB-PROTES- OLLIAM WEB-FAR.RP- Gestionale dei Servizi Sociali in uso ai SUSS-	CUP-AMBWEB-	CUP-AMBWEB-PROTES- OLLIAM WEB-FAR.RP- Gestionale dei Servizi Sociali in uso ai SUSS-	AMBWEB-Gestionale dei Servizi Sociali in uso ai SUSS-	AMBWEB-Gestionale dei Servizi Sociali in uso ai SUSS-
Modalità di registrazione accessi alla CS	0	0	0	0	0
Modalità di compilazione e gestione della cartella clinica	0	0	0	0	0
Modalità di alimentazione dei flussi informativi correnti (10)	Flussi: C,F,SIAD,Integrativa e Protesica,	Flussi: C	Flussi: C,F,SIAD,Integrativa e Protesica,	0	0
Strumenti di informazione/comunicazione con l'utenza	Telefono, mail, cartacea	Telefono, mail, cartacea	Telefono, mail, cartacea	Telefono, mail, cartacea	Telefono, mail, cartacea
Strumenti per comunicazione e coinvolgimento del volontariato e delle risorse della Comunità Locale	Telefono, mail, cartacea	Telefono, mail, cartacea	Telefono, mail, cartacea	Telefono, mail, cartacea	Telefono, mail, cartacea
Sezione 5: Cropprogramma per avvio/sviluppo CS nel triennio 2017-2019 (11)					
Sintesi azioni previste anno 2017					
di cui entro luglio	Presentazione struttura e attività ivi erogate all'Assessore Sanità Piemonte in data 29/05/2017. UCAD: informativa su progetti CS e condivisione	Incontri tra amministrazione Comunale, Assessorato Sanità Piemonte, Direzione Generale ASL VC e cittadinanza. N. 2 incontri tra Direzione Generale ASL VC e MMG e PLS. UCAD: informativa su progetti CS e condivisione	Incontri tra Direzione Generale ASL VC e MMG e PLS. Incontro tra Direzione Generale e Sindaco. UCAD: informativa su progetti CS e condivisione. Adeguamento strutturale	Incontri tra Direzione Generale ASL VC e MMG e PLS. Incontro tra Direzione Generale e Sindaco. UCAD: informativa su progetti CS e condivisione	Incontri tra Direzione Generale ASL VC e MMG e PLS. UCAD: informativa su progetti CS e condivisione
di cui entro ottobre	Stesura e revisione protocolli operativi-regolamento di funzionamento CS. Adeguamento strutturale. Formazione/informazione modalità invio al SUSS Effettuato n. 1 incontro tra Direzione Generale e Sindaco.	Stesura e revisione protocolli operativi-regolamento di funzionamento CS. Adeguamento strutturale. Formazione/informazione modalità invio al SUSS. Effettuato n. 1 incontro tra Direzione Generale e Sindaco.	Stesura e revisione protocolli operativi-regolamento di funzionamento CS. Adeguamento strutturale. Formazione/informazione modalità invio al SUSS	Stesura e revisione protocolli operativi-regolamento di funzionamento CS. Formazione/informazione modalità invio al SUSS	Stesura e revisione protocolli operativi-regolamento di funzionamento CS. Formazione/informazione modalità invio al SUSS
di cui entro dicembre	Informativa all'utenza e agli operatori; aggiornamento carta dei servizi; emissione PDTA Scopenso Cardiaco. Open Day "La Casa della Salute: una porta di accesso per costruire percorsi di salute"	Informativa all'utenza e agli operatori; aggiornamento carta dei servizi; emissione PDTA Scopenso Cardiaco. Open Day "La Casa della Salute: una porta di accesso per costruire percorsi di salute"	Informativa all'utenza e agli operatori; aggiornamento carta dei servizi; emissione PDTA Scopenso Cardiaco. Open Day "La Casa della Salute: una porta di accesso per costruire percorsi di salute"	Informativa all'utenza e agli operatori; aggiornamento carta dei servizi; emissione PDTA Scopenso Cardiaco. Open Day "La Casa della Salute: una porta di accesso per costruire percorsi di salute"	Informativa all'utenza e agli operatori; aggiornamento carta dei servizi; emissione PDTA Scopenso Cardiaco. Open Day "La Casa della Salute: una porta di accesso per costruire percorsi di salute"

In corso di acquisizione sistema gestione accessi

Sintesi azioni previste anno 2018					
di cui entro 1° semestre	Valutazione acquisizione nuovo applicativo informatico. Applicazione PDTA Scopenso cardiaco. Inserimento Infermiere di famiglia e comunità	Valutazione acquisizione nuovo applicativo informatico. Applicazione PDTA Scopenso cardiaco. Costituzione Gruppo Cure Primarie. Inserimento Infermiere di famiglia e comunità. Attivazione della procedura del modello Integrato di gestione con il Privato Accreditato.	Valutazione acquisizione nuovo applicativo informatico. Applicazione PDTA Scopenso cardiaco. Implementazione Gruppo Cure Primarie. Inserimento Infermiere di famiglia e comunità	Valutazione acquisizione nuovo applicativo informatico. Applicazione PDTA Scopenso cardiaco. Implementazione Gruppo Cure Primarie. Inserimento Infermiere di famiglia e comunità	Valutazione acquisizione nuovo applicativo informatico. Applicazione PDTA Scopenso cardiaco. Implementazione Gruppo Cure Primarie. Inserimento Infermiere di famiglia e comunità
e di cui entro 2° semestre	Formazione e avvio del nuovo applicativo informatico. Monitoraggio delle attività erogate e prima valutazione dei risultati organizzativi. Avvio presa in carico pazienti fragili con infermiere di famiglia e comunità.	Formazione e avvio del nuovo applicativo informatico. Monitoraggio delle attività erogate e prima valutazione dei risultati organizzativi. Avvio presa in carico pazienti fragili con infermiere di famiglia e comunità.	Formazione e avvio del nuovo applicativo informatico. Monitoraggio delle attività erogate e prima valutazione dei risultati organizzativi. Avvio presa in carico pazienti fragili con infermiere di famiglia e comunità.	Formazione e avvio del nuovo applicativo informatico. Monitoraggio delle attività erogate e prima valutazione dei risultati organizzativi. Avvio presa in carico pazienti fragili con infermiere di famiglia e comunità.	Formazione e avvio del nuovo applicativo informatico. Monitoraggio delle attività erogate e prima valutazione dei risultati organizzativi. Avvio presa in carico pazienti fragili con infermiere di famiglia e comunità.
Sintesi azioni previste anno 2019					
di cui entro 1° semestre	Eventuali modifiche organizzative sui report 2018	Eventuali modifiche organizzative sui report 2018	Eventuali modifiche organizzative sui report 2018	Eventuali modifiche organizzative sui report 2018	Eventuali modifiche organizzative sui report 2018
e di cui entro 2° semestre	Implementazione medicina d'iniziativa	Implementazione medicina d'iniziativa	Implementazione medicina d'iniziativa	Implementazione medicina d'iniziativa	Implementazione medicina d'iniziativa

NOTE per la compilazione

Le righe evidenziate in grigio (tutoli e sottotitoli) non devono essere compilate

- (1) Indicare SI o NO
- (2) Indicare l'ambito distrettuale, il sub-distretto oppure, se inferiore, elencare i Comuni nell'Allegato B1. Se invariato rispetto all'elenco già indicato nel progetto iniziale, riportare: VEDI PROGETTO, pag...
- (3) Indicare gli orari di apertura nei giorni feriali, festivi e pre-festivi
- (4) Vedere le definizioni riportate nell'Allegato A e inserire SI nella cella corrispondente al modello della CS progettata
- (5) Qualora le informazioni richieste nella presente sezione/voce siano già contenute totalmente o parzialmente nel progetto iniziale, indicare: VEDI PROGETTO, pag.... e riportare qui solo le informazioni mancanti nelle celle corrispondenti.
- (6) Descrivere sinteticamente le modalità operative oppure allegare apposito documento illustrativo di ciascun PDTA attivato nella CS. Es. le modalità previste dalla D.G.R. n. 40-9920 del 27.10.2008 e s.m.i. per l'"arruolamento" e la gestione dei pazienti nella Gestione Integrata del Diabete fra MMG e Specialisti
- (7) L'Ospedale di Comunità, pur essendo
- (8) Ad esclusione degli infermieri, già riportati sopra
- (9) Coordinamento area medica, infermieristica, ecc.
- (10) Flusso C per la specialistica; flusso F

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	PERCORSO INTEGRATO DI CURA	Gestione Integrata Diabete (END.PE.1044.02).doc
		pag1/15

Percorso per la gestione integrata dei pazienti con diabete mellito

	Struttura/Funzione	Nominativo	data	Firma/Parere favorevole
Stesura	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>
Verifica	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>
Autorizzazione	Direttore Sanitario ASL VC	Dr.ssa Carla Peona	Novembre 2013	<i>F.to in originale</i>
Emissione	Direttore SC Endocrinologia e coordinatore Comitato Aziendale Diabetologico	Dr. Federico Baldi	Novembre 2013	<i>F.to in originale</i>

Data di applicazione	Novembre 2013
REV.	02



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

PERCORSO INTEGRATO DI CURA

Gestione Integrata
Diabete
(END.PE.1044.02).doc

pag2/15

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;

ASL VC	Gestione Integrata Diabete (END.PE.1044.02).doc	3/15
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

- 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.ssa Nicoletta Pinna, SS Diabetologia Borgosesia-Gattinara.

ASL VC	Gestione Integrata Diabete (END.PE.1044.02).doc	4/15
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

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 Appropriately 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.
- **ECCG:** 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.

ASL VC	Gestione Integrata Diabete (END.PE.1044.02).doc	5/15
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

- **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 Kg/m²) o obesi (IMC > 30 Kg/m²)
 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.

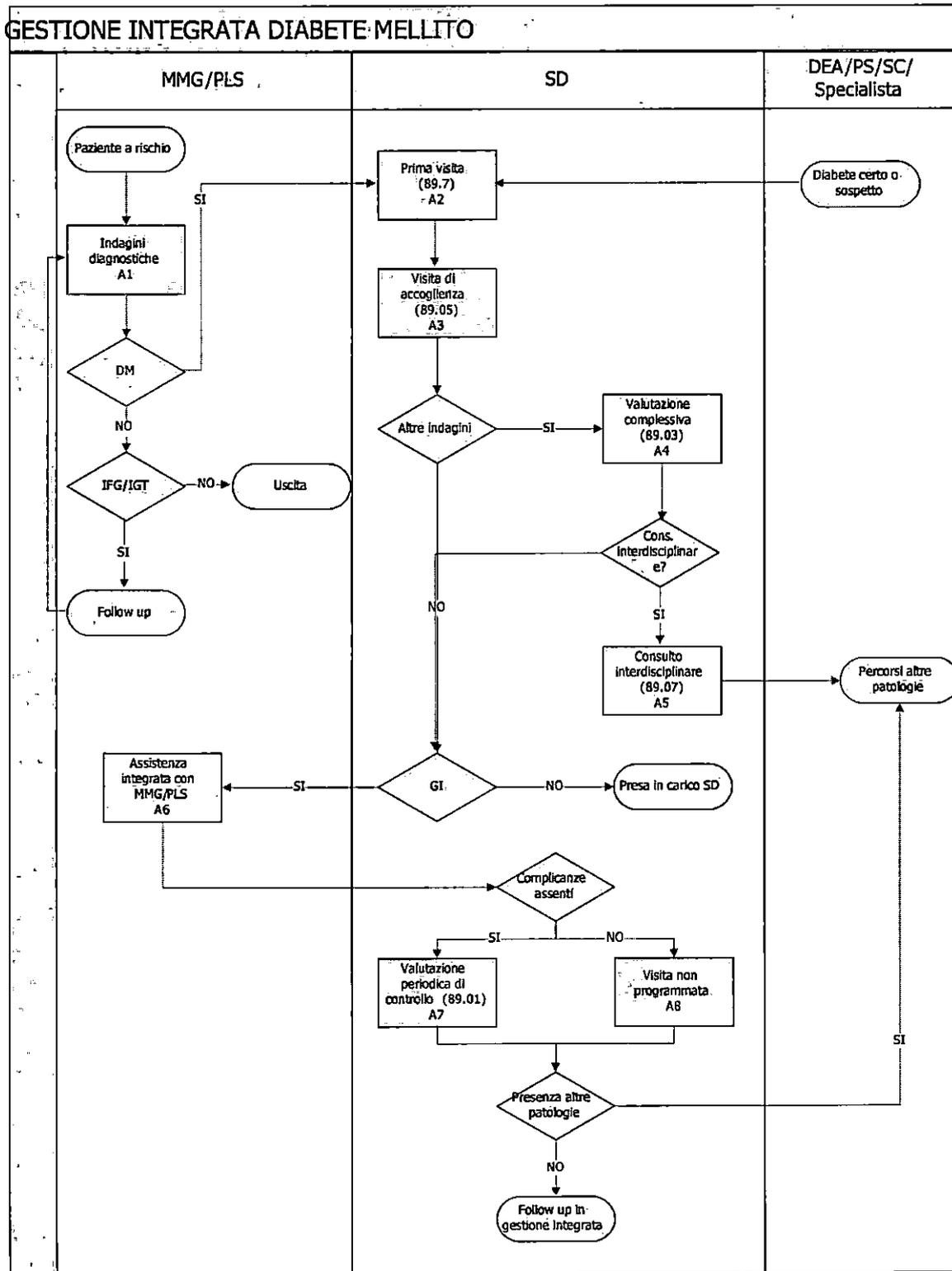
ASL VC	Gestione Integrata Diabete (END.PE.1044.02).doc	6/15
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

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.

ASL VC	Gestione Integrata Diabete (END.PE.1044.02).doc	7/15
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

8. RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEL PIC AZIENDALE



9. MATRICE DELLE ATTIVITÀ

Gestione Integrata Diabete Mellito

Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
A1	Indagini diagnostiche	<p>Perché: effettuare diagnosi precoce di DM.</p> <p>Come: prescrizione su ricetta SSN.</p> <p>Quando: in caso di paziente a rischio.</p> <p>Chi:</p> <ul style="list-style-type: none"> MMG/PLS; DEA/PS oppure struttura ospedaliera di ricovero ordinario o diurno, anche per altra causa, con riscontro di iperglicemia; altro specialista, in occasione di valutazione per problema pertinente. 	<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"> glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dl in almeno due determinazioni; HbA1c $\geq 6,5\%$; glicemia a digiuno compresa tra 110-125 mg/dl; glicemia estemporanea ≥ 200 mg/dl. <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"> U (entro 48 ore): 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. B (entro 15 giorni): diagnosi e inquadramento del diabete all'esordio, nuova diagnosi di complicanza. D (entro 30 giorni): inizio di terapia insulinica, HbA1c $> 8\%$ in almeno 2 determinazioni successive. P (entro 180 giorni): ripetuti episodi di glicemia basali >180 mg/dl, HbA1c $> 7.5\%$ in due successive determinazioni, comparsa di segni clinici sintomi riferibili a complicanze, necessità di iniziare terapia insulinica. <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"> Ricetta SSN riportante i criteri di priorità (di seguito elencati); Scheda segnalazione paziente (modulo regionale)
A2	Prima visita (89.7)	<p>Perché: confermare/escludere la diagnosi di DM.</p> <p>Come: prenotazione diretta su agenda CUP con richiesta motivata, da parte di:</p> <ul style="list-style-type: none"> MMG/PLS; DEA/PS oppure struttura ospedaliera di ricovero ordinario o diurno, anche per altra causa, con riscontro di iperglicemia; altro specialista, in occasione di valutazione per problema pertinente. <p>Quando: in caso di diagnosi o sospetto di DM (rilevato da MMG/PLS, DEA/PS, Specialista)</p> <p>Chi: Medico e Infermiere del SD.</p>	<p>Nella visita occorre:</p> <ul style="list-style-type: none"> raccogliere l'anamnesi (familiare, fisiologica, patologica remota e prossima); effettuare l'esame obiettivo; valutare i referti degli esami ematochimici; formulare/escludere la diagnosi di DM. 	<ul style="list-style-type: none"> Cartella clinica informatizzata Cartella clinica cartacea

ASL VC

Gestione Integrata Diabete (END.PE.1044.02).doc

9/15

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

Gestione Integrata Diabete Mellito

Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
A3	Visita di accoglienza (89.05)	<p>Perché: prendere in carico e definire il quadro completo del paziente.</p> <p>Come: prenotazione diretta su agenda informatica del SD.</p> <p>Quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ successivamente alla prima visita; ▪ per la presa in carico di paziente, con diabete noto, trasferito da altro SD; ▪ per nuovo problema clinico in paziente con diabete noto. <p>Chi: Medico e Infermiere del SD, Dietista.</p>	<p>Nella visita occorre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ raccogliere l'anamnesi (familiare, fisiologica, patologica remota e prossima); ▪ effettuare l'esame obiettivo; ▪ acquisire il consenso informato; ▪ effettuare la visita mirata; ▪ prescrivere, se necessario, ulteriori esami di laboratorio ed eventuale OGTT; ▪ 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; ▪ compilare la cartella clinica (informatizzata, cartacea); ▪ fornire informazioni sull'educazione comportamentale e terapeutica; ▪ provvedere alla registrazione del paziente sul RRD , alla compilazione del PAG (aventi diritto) e al rilascio dell'esenzione per patologia; ▪ formulare il primo approccio terapeutico; ▪ formulare il PdCP condiviso con il MMG/PLS; ▪ prescrivere la terapia farmacologica e dietetica; ▪ fornire le istruzioni sull'uso dei device (iniettori a penna) e dei reflattometri (ove necessario); ▪ programmare i successivi controlli e il follow-up. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impegnative interne ▪ Modulistica CSI (esenzione ticket, PAG) ▪ Cartella clinica informatizzata ▪ Cartella clinica cartacea ▪ Piano di cura (END.MO.1183.n) ▪ Consenso informato alla gestione integrata del DMT2 (modulo regionale) ▪ PAG (Allegati A e A1 - moduli regionali)
A4	Valutazione complessiva (89.03)	<p>Perché:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ definire l'indirizzo terapeutico nei casi di particolare complessità; ▪ reinquadrare il paziente nell'ambito del piano di cura. <p>Come: prenotazione diretta su agenda informatica del SD.</p> <p>Quando: di norma una volta all'anno nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ al termine della stadiazione delle complicanze, per definire l'indirizzo terapeutico; ▪ al termine di cicli terapeutici "intensivi" per la normalizzazione del compenso glicemico, onde valutarne l'efficacia e decidere in merito; ▪ in caso di recidiva di scompenso o acutizzazione di una complicanza; ▪ nel corso del follow-up, per rivalutare l'eventuale nuovo indirizzo terapeutico; ▪ in ogni caso previsto di accesso non programmato, per rivalutare gli obiettivi terapeutici e ridefinire un nuovo piano di trattamento e di controlli programmati. 	<p>Nella valutazione occorre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ acquisire i dati, le informazioni ▪ raccogliere l'anamnesi (familiare, fisiologica, patologica remota e prossima); ▪ effettuare l'esame obiettivo; ▪ prescrivere, se necessario, ulteriori esami di laboratorio; ▪ 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; ▪ formulare il PdCP da condividere con il MMG/PLS; ▪ rimodulare, se necessario, la terapia farmacologica e dietetica; ▪ rinnovare il PAG; ▪ fornire, se necessario il passaggio alla terapia insulinica, le istruzioni sull'uso dei device (iniettori a penna) e dei reflattometri; ▪ programmare i successivi controlli. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impegnative interne ▪ Modulistica CSI (esenzione ticket, PAG) ▪ Cartella clinica informatizzata ▪ Cartella clinica cartacea ▪ Piano di cura (END.MO.1183.n) ▪ PAG (Allegati A e A1 - moduli regionali)

ASL VC

Gestione Integrata Diabete (END.PE.1044.02).doc

10/15

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

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca

Gestione Integrata Diabete Mellito

Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
		Chi: Medico e Infermiere del SD.		
A5	Consulto interdisciplinare (89.07)	<p>Perché: 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"> trattamento di complicanze o comorbidità la cui presenza modifica il rapporto rischio/beneficio del piano terapeutico individuale in essere e dei relativi controlli; 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.). <p>Come: richiesta consulenza interna specialistica.</p> <p>Quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> a seguito di visite di controllo; nel corso di visita complessiva. <p>Chi: 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"> Impegnative interne Cartella clinica informatizzata Cartella clinica cartacea
A6	Assistenza integrata con MMG/PLS	<p>Perché:</p> <ul style="list-style-type: none"> assicurare la diagnosi precoce; porre in essere i programmi di controllo sanitari finalizzati a ridurre il rischio di complicanze ed esiti correlati. <p>Come: condivisione del piano di trattamento personalizzato tra MMG/PLS e Medico del SD.</p> <p>Quando: in base alle cadenze stabilite dal piano di trattamento personalizzato</p> <p>Chi: MMG/PLS e Medico/Infermiere del SD.</p>	<p>Ogni 3-4 mesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Glicemia a digiuno; HbA1C; Assetto lipidico (nei pazienti dislipidemic); Esame urine; Peso (BMI e circonferenza addominale); Pressione arteriosa; Automonitoraggio glicemico se prescritto. <p>Ogni 6 mesi: visita medica e studio di eventuali complicanze (neuropatia, cardiopatia, piede diabetico, ecc.).</p> <p>Ogni anno:</p> <ul style="list-style-type: none"> Microalbuminuria Creatinemia Elettroliti Assetto lipidico Uricemia Emocromo Transaminasi Elettrocardiogramma Esame fundus oculi (annuale solo in assenza di retinopatia diabetica) 	<ul style="list-style-type: none"> Ricetta SSN Cartella clinica informatizzata Cartella clinica cartacea Modulo Regione Piemonte Scheda individuale del paziente (modulo regionale)

Gestione Integrata Diabete Mellito				
Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
A7	Valutazione periodica di controllo (89.01)	<p>Perché: valutare periodicamente il paziente.</p> <p>Come: prenotazione diretta su agenda informatica del SD.</p> <p>Quando: durante il follow-up.</p> <p>Chi: Medico e Infermiere del SD.</p>	<p>diagnosticata)</p> <ul style="list-style-type: none"> Visita specialistica diabetologica <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"> Cartella clinica informatizzata Cartella clinica cartacea Piano di cura (END.MO.1183.n)
A8	Visita non programmata	<p>Perché: valutare il paziente in caso di decorso irregolare.</p> <p>Come:</p> <ul style="list-style-type: none"> accesso diretto e registrazione CUP per la U; prenotazione diretta su agenda informatica del SD per tutte le altre (B, D, P). <p>Quando: in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> mancato raggiungimento dell'obiettivo di compenso condiviso nella GI; severe ipoglicemie ripetute; procedure invasive e/o prima di interventi di chirurgia maggiore; complicanze neurologiche, renali, oculari in rapida evoluzione; complicanze micro e macrovascolari in fase evolutiva; piele diabetico; gravidenza in diabetica, diabete gestazionale, pianificazione della gravidanza <p>Chi: 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"> U (entro 48 ore): 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. B (entro 15 giorni): diagnosi e inquadramento del diabete all'esordio, nuova diagnosi di complicanza. D (entro 30 giorni): inizio di terapia insulinica, HbA1c > 8% in almeno 2 determinazioni successive. P (entro 180 giorni): ripetuti episodi di glicemia basali >180 mg/dl, HbA1c > 7.5% in due successive determinazioni, comparsa di segni clinici sintomi riferibili a complicanze, necessità di iniziare terapia insulinica. 	<p>Ricetta SSN 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.

ASL VC	Gestione Integrata Diabete (END.PE.1044.02).doc	14/15
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

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">▪ 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.▪ Adeguamento delle modalità di costruzione del PIC alle raccomandazioni ARESS per la stesura dei percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali e i Percorsi Integrati di Cura.
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.

ASL VC	Gestione Integrata Diabete (END.PE.1044.02).doc	15/15
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE	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>
Stesura	Dr.ssa Barbara Sarasso	Dirigente Medico Geriatra Distretto	2/12/2016	<i>firmato in originale</i>
	Dr. Emilio Chiochetti	Dirigente Medico Geriatra Distretto		<i>firmato in originale</i>
Verifica	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>
Autorizzazione	Dr. Arturo Pasqualucci	Direttore Sanitario ASL VC	5/6/2017	<i>firmato in originale</i>
Emissione	Dr.sa Francesca Gallone	Direttore di Distretto	5/6/2017	<i>firmato in originale</i>

Data di applicazione	Giugno 2017
REV.	00

ASL VC	PDTA demenze (DIS.PE.2073.00).doc	1/24
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

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

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

ASL VC	PDTA demenze (DIS.PE.2073.00).doc – agg. 5.06.2017	2/24
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

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

ASL VC	PDTA demenze (DIS.PE.2073.00).doc	3/24
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

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

ASL VC	PDTA demenze (DIS.PE.2073.00).doc	4/24
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

- **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 socio-sanitari.

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 ematologici¹, 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).

¹ 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).

ASL VC	PDTA demenze (DIS.PE.2073.00).doc	5/24
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

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.

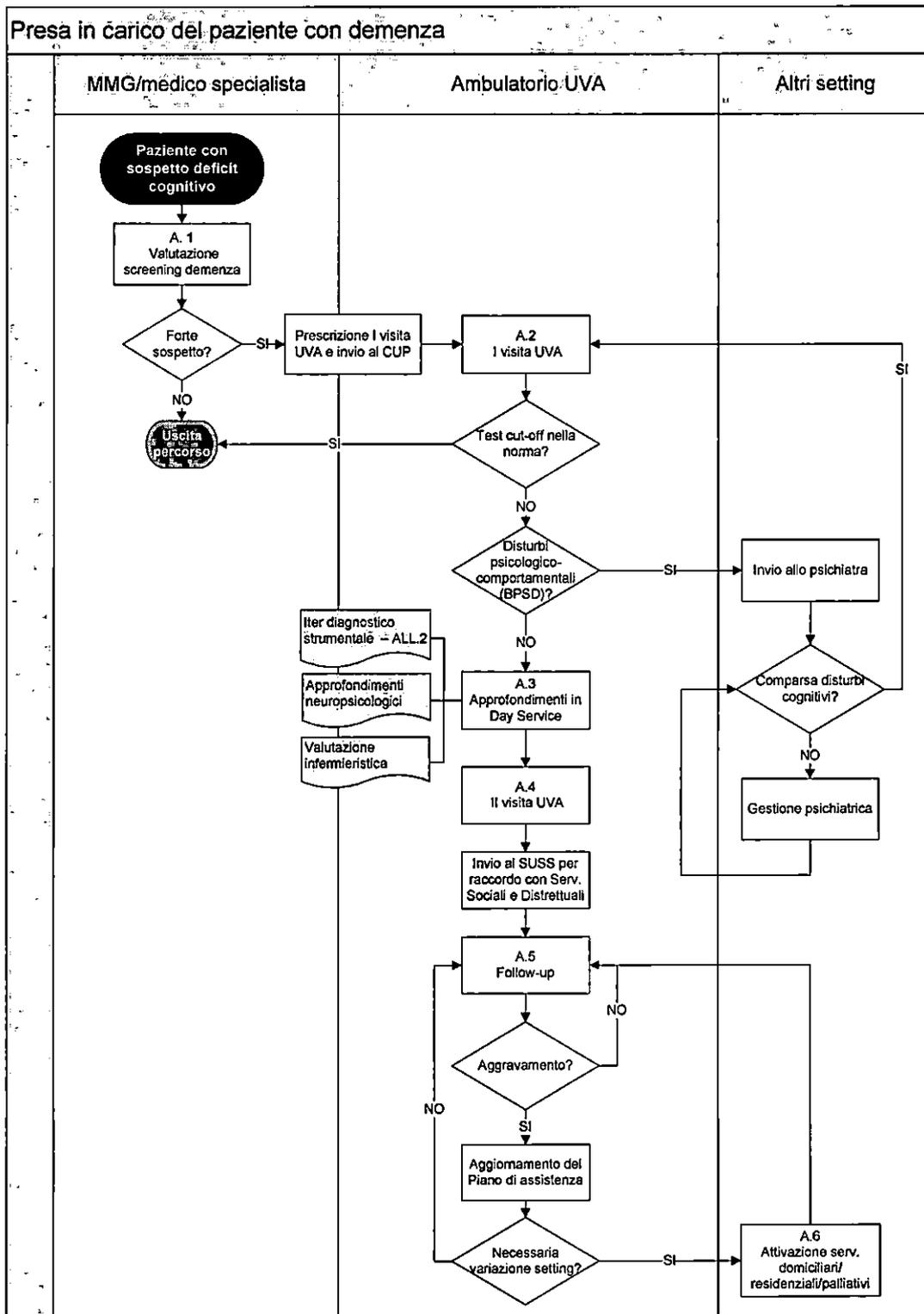
Ai fini dell'impostazione della terapia è necessaria l'esecuzione di ECG con calcolo QTC per individuare eventuali controindicazioni all'uso di farmaci specifici.

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.

ASL VC	PDTA demenze (DIS.PE.2073.00).doc	6/24
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

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>Chi: MMG/specialista/DEA/UVG. Quando: in presenza di un paziente con disturbi della memoria (vd. criteri di inclusione nel percorso). Perché: per indirizzare precocemente all'UVA il paziente con sospetta demenza Come: 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>MMG/DEA/specialista 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. 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). 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. 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>UVG 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"> ▪ Prescrizione SSR di I visita UVA (cod. 897.50 - I visita psicogeriatrica oppure cod. 8913.1 - I visita neurogeriatrica) ▪ Referto redatto su Ambweb/Cartella clinica MMG ▪ Questionario per screening demenza [Questionario demenza (DIS.MO.2100.nn)]

Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
A2	<p>Presa in carico ed esecuzione I visita UVA</p> <p><u>Durata:</u> 60 min</p> <p><u>Sede:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambulatorio CDCD, 4° piano Ospedale di Vercelli - Ambulatorio satellite CDCD, Ospedale di Borgosesia 	<p>Chi: Geriatra/Neurologo</p> <p>Quando: 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>Perché: effettuare la prima valutazione clinica e cognitiva.</p> <p>Come: 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"> ▪ cod. 897.50 - I visita psicogeriatrica, branca 21 ▪ cod. 8913.1 - I visita neurogeriatrica, branca 32 	<p>Il Geriatra/Neurologo effettuano la I visita medica comprensiva di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ anamnesi completa (personale, famigliare, farmacologica, patologica prossima e remota) ▪ ricezione-descrizione dei segni/sintomi ed esame obiettivo generale ▪ valutazione dell'autonomia nelle attività quotidiane (ADL/IADL) ▪ primo inquadramento delle funzioni cognitive (MMSE, Clock Drawing Test -CDT, Test del raccontino di Babcock). In caso di MMSE <24 viene posto il concreto sospetto di demenza e attivato il percorso di approfondimento diagnostico in day service come segue: <ul style="list-style-type: none"> ○ 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; ○ prescrizione degli approfondimenti neuropsicologici da erogarsi anch'essi in day service (cod. prescrizione 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) - vd. Allegato 5, ▪ eventuale prescrizione di prima valutazione psichiatrica per somministrazione di scale specifiche in caso di sintomatologia psichica e comportamentale (Neuropsychiatric Inventory, NPI) ▪ Prescrizione della successiva visita di controllo UVA <p>OSS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Raccolta delle prescrizioni dematerializzate delle prestazioni da erogare in Day Service per ciascun paziente e consegna alla CPSE del Day Hospital Multispecialistico/Day Service; ▪ Annotazione della data del Day Service nel registro dei pazienti in carico e sul "pacchetto" di prescrizioni dematerializzate <p>CPSE Day Service/Day Hospital Vercelli</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Programmazione dell'accesso in Day Service ▪ Trasmissione delle prescrizioni al CUP per il caricamento delle prestazioni 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescrizioni SSR ▪ Referto redatto su Ambweb e consegnato al paziente in originale firmato; 1 copia inserita nella Cartella clinica ambulatoriale ▪ Nominativo del medico "Case Manager": è lo specialista che effettua la I visita UVA

001034

Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
A3	<p>Day Service</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>Chi: Infermiere/OSS/neuropsicologo/Specialisti di riferimento per le prestazioni erogate</p> <p>Quando: entro 15 giorni dalla I visita UVA in presenza di valutazione clinica suggestiva per disturbi cognitivi</p> <p>Perché:</p> <ul style="list-style-type: none"> per l'esecuzione di accertamenti diagnostici finalizzati a confermare la diagnosi di demenza e supportare la diagnosi differenziale; per completare l'inquadramento dei casi certi. <p>Come: 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>Infermiere Day Service/Day Hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> Acquisizione eventuali attestazioni di tutela legale dell'interessato + consenso al trattamento dei dati 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. Prelievo ematico ed esecuzione tracciato ECG. Raccolta della documentazione sanitaria e consegna al CDCD per la valutazione medica. <p>Neuropsicologo</p> <ul style="list-style-type: none"> Colloquio psicologico Somministrazione dei test neuropsicologici (vd. Allegato 5) Stesura del referto ambulatoriale <p>Psichiatra (se attivato, in presenza di sintomatologia psicologico-comportamentale)</p> <ul style="list-style-type: none"> Valutazione delle condizioni generali di salute, dell'eventuale presenza di sintomatologia depressiva; Anamnesi farmacologica per la valutazione della presenza di eventuali effetti collaterali; Biografia individuale, incluse credenze religiose e spirituali e l'identità culturale; Rilevazione dei fattori psicosociali e ambientali; Valutazione del dolore o disagio legato alla condizione della persona; Somministrazione delle scale per la valutazione della sintomatologia psichica e comportamentale (Neuropsychiatric Inventory, NPI) Stesura del referto ambulatoriale Prescrizione eventuale terapia farmacologica e/o interventi non farmacologici Prescrizione eventuale controllo successivo. <p>OSS Raccolta dei referti ed inoltro al Geriatra/Neurologo UVA di riferimento (Case Manager).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Prescrizioni SSR Referti redatto su Ambweb e consegnato al paziente in originale firmato; 1 copia inserita nella Cartella clinica ambulatoriale

Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
A4	<p>II visita UVA (controllo)</p> <p>Durata: visita medica 30 min valutazione</p>	<p>Chi: Case manager (Geriatra o Neurologo)/infermiere</p> <p>Quando: entro 1 settimana dall'erogazione del Day Service</p> <p>Perché: per la restituzione diagnosi a paziente/famiglia. La restituzione può essere eventualmente indirizzata ai familiari autorizzati sulla base dei referti (senza paziente)</p> <p>Come: 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"> ▪ cod. 8901.62 - visita psicogeriatrica di controllo, branca 21, oppure ▪ cod. 8901.69 - visita neurogeriatrica di controllo, branca 37 	<p>Il Medico Case Manager (geriatra/neurologo)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valuta gli esiti degli accertamenti e delle valutazioni specialistiche ed infermieristiche effettuate ▪ Stadia la demenza in lieve/moderata/grave ▪ 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) ▪ Propone le diverse alternative terapeutiche ▪ Redige il Piano terapeutico (PT) in caso di trattamento farmacologico (il trattamento farmacologico viene effettuato secondo i protocolli riportati in allegato 2) ▪ 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 ▪ Compila l'attestazione per il rilascio del codice di esenzione 029 (Demenza) – vd. allegato 3 ▪ 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 ▪ Restituisce un feed-back al medico curante (MMG) o all'UVG. ▪ 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) <p>Il medico che restituisce la diagnosi e predispose il PTI è il Case Manager</p> <p>Infermiere Day Service/Day Hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rivalutazione dei bisogni attivi ed eventuale aggiornamento del piano di assistenza ▪ Programmazione dei prossimi controlli (medici + infermieristici) ▪ Raccordo con il SUSS ▪ Supporto alla tenuta ed archiviazione della documentazione sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescrizioni SSR ▪ Referti redatto su Ambweb e consegnato al paziente in originale firmato; 1 copia inserita nella Cartella clinica ambulatoriale ▪ Attestazione per il rilascio del codice di esenzione 029 ▪ Procedura per la gestione dei pazienti fragili [<i>Percorsi integrati paz fragile (PG.DIS.2066.nn)</i>] ▪ Opuscolo informativo consegnato all'utente dal SUSS "<i>Libretto guida Alzheimer (SSA.DO.1562.nn)</i>" ▪ Registro "Demenze"

Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
A5	<p>Follow-up</p> <p><u>Durata:</u> visita medica 30 min valutazione neuropsicologica 60 min rivalutazione inf. 30 min</p>	<p>Chi: Case manager (Geriatra o Neurologo)/infermiere/neuropsicologo Quando: a 6 mesi dalla prima stesura del Piano di Trattamento Individuale, salvo problemi intercorrenti/diverso motivo clinico* Perché: per monitorare il raggiungimento degli obiettivi terapeutici Come: 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"> ▪ cod. 8901.62 - visita psicogeriatrica di controllo, branca 21, oppure ▪ cod. 8901.69 - visita neurogeriatrica <p>+ rivalutazione neuropsicologica (cod. 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)</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>Neuropsicologo</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colloquio psicologico ▪ Somministrazione dei test neuropsicologici (vd. Allegato 5) ▪ Stesura del referto ambulatoriale <p>Infermiere Day Service/Day Hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rivalutazione dei bisogni attivi ed eventuale aggiornamento del piano di assistenza ▪ Programmazione dei prossimi controlli (medici + infermieristici) ▪ Supporto alla tenuta ed archiviazione della documentazione sanitaria <p>Il Geriatra/Neurologo effettuano la visita medica di controllo comprensiva di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Raccordo anamnestico ▪ Valutazione obiettiva ▪ Valutazione dell'esito delle valutazioni degli altri professionisti, inclusi i risultati della testistica somministrata dal neuropsicologo ▪ Aggiornamento del Piano Assistenza Individuale ▪ Eventuale attivazione assistenza domiciliare/residenziale/semiresidenziale/cure palliative ▪ Registrazione degli esiti significativi ai fini del calcolo degli indicatori di monitoraggio dell'efficacia percorso 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescrizioni SSR ▪ Referto redatto su Ambweb e consegnato al paziente in originale firmato; 1 copia inserita nella Cartella clinica ambulatoriale ▪ Registro "Demenze"
A6	<p>Assistenza domiciliare /assistenza residenziale /cure palliative</p>	<p>Chi: il Case Manager (geriatra/neurologo) Quando: 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 Perché: per adeguare la risposta assistenziale ai mutati bisogni del paziente Come: in accordo alle procedure aziendali.</p>	<p>Il Case manager (geriatra/neurologo) attiva la modalità assistenziale più idonea (domiciliare, residenziale o palliativa) in relazione ai bisogni emergenti e in accordo alle procedure aziendali. In particolare, per l'invio al Nucleo Alzheimer Temporaneo (NAT) o al Centro Diumo 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"> ▪ Attivazione NAT ▪ Per l'attivazione di assistenza domiciliare e residenziale: Assistenza territoriale (DISVC.PI.0361.nn) ▪ Per l'inserimento in Hospice: Liste attesa Hospice (CPH.PG.0314.nn) ▪ Per l'eventuale assistenza integrativa e protesica: Assistenza integrativa e protesica (DIS.PG.0300.nn) ▪ Per l'erogazione di ausili: Fornitura ausili non personaliz.(DIS.PO.1886.nn)

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 sono 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	Formula	Atteso	Riferimento normativo/bibliografico	Struttura
1. Tempo di attesa medio per 1 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

ASL VC	PDTA demenze (DIS.PE.2073.00).doc	13/24
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

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&jd=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>

ASL VC	PDTA demenze (DIS.PE.2073.00).doc	14/24
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

- 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. Chiochetti "Nuove strategie di cure ed assistenziali al servizio del paziente demente". Geriatria, 2003. Suppl al volume n° 2 marzo/aprile.

14. STORIA DELLE MODIFICHE

REV	Data	Descrizione delle modifiche
00	Giugno 2017	Prima emissione

ASL VC	PDTA demenze (DIS.PE.2073.00).doc	15/24
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

ALLEGATO 1 – Questionario di screening della demenza

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	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)

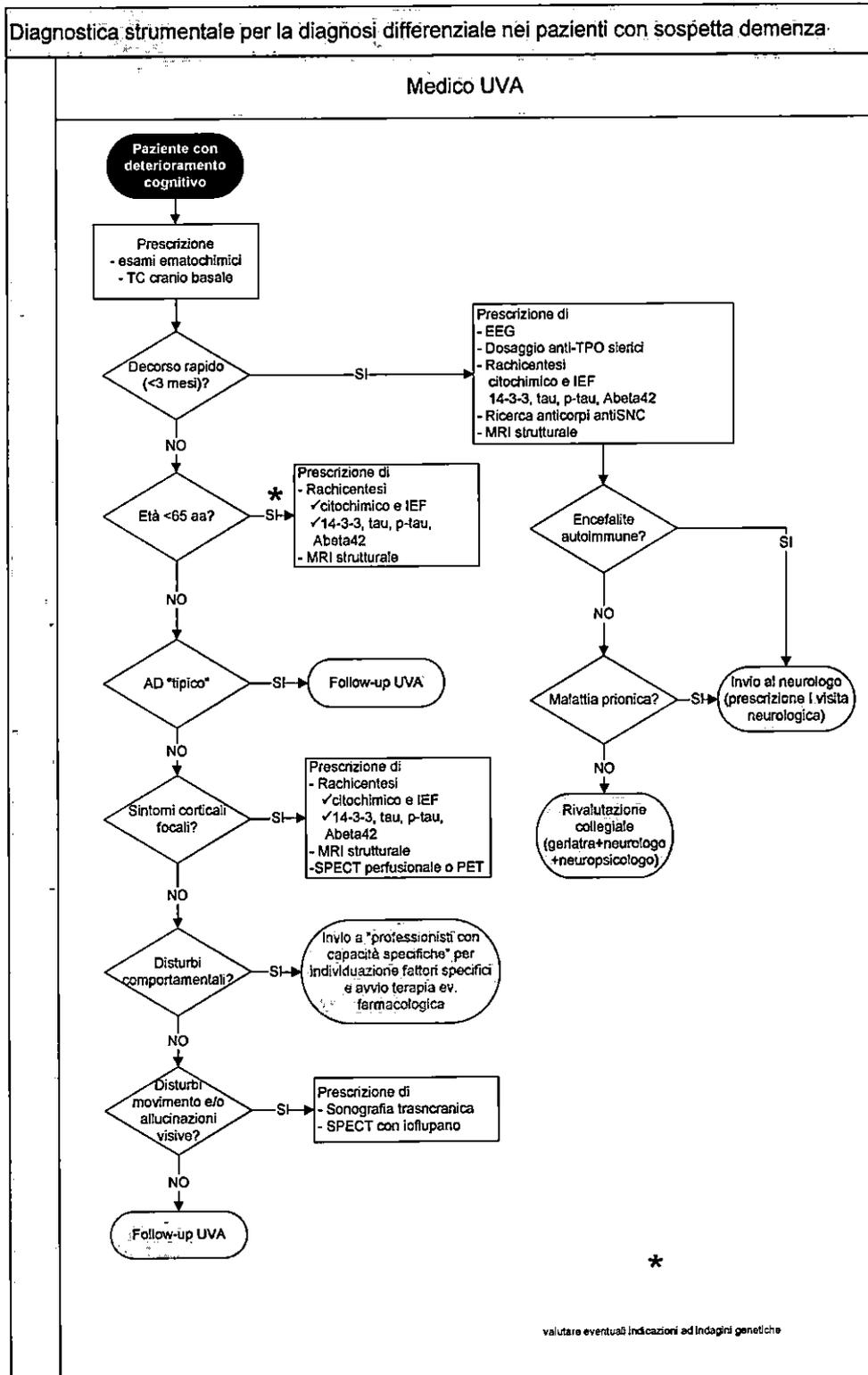
Cognome e nome del paziente:		Data di nascita:		Medico:		
				<input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> DEA <input type="checkbox"/> specialista _____ <input type="checkbox"/> UVG <input type="checkbox"/> altro _____		
1	Ripete spesso le stesse cose o rivolge agli altri più volte la stessa 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: _____

ASL VC	PDTA demenze (DIS.PE.2073.00).doc	16/24
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

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:
Codice fiscale:

Nome:
Data di nascita:

Sesso:
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

ASL VC	PDTA demenze (DIS.PE.2073.00).doc	18/24
QUESTO DOCUMENTO E' DI PROPRIETA' DELL' AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUO' ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

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

ASL VC	PDTA demenze (DIS.PE.2073.00).doc	19/24
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

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 COT MODA

Cod. 94.01.2

Esame della memoria: DIGIT SPAN MEMORIA PROSPETTICA WMS (Cod.: 94.02.2)
Cod. 94.02.1 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

ASL VC	PDTA demenze (DIS.PE.2073.00).doc	20/24
QUESTO DOCUMENTO E' DI PROPRIETA' DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUO' ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

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 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	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI : SEDUTA INDIVIDUALE	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	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI : SEDUTA COLLETTIVA	PRECISAZIONI: Riabilitazione funzioni mnestiche, 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 mnestiche, gnosiche e prassiche - Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)
1	32	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET	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	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA		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	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER (WMS)		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			

ASL VC	PDTA demenze (DIS.PE.2073.00).doc	23/24
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

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.

ASL VC	PDTA demenze (DIS.PE.2073.00).doc	24/24
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		



Bozza 3.11.2017

**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>
Stesura	Sara Marchisio	Dirigente Medico Resp. SS Qualità Coordinatore Gruppo di Lavoro	ago-nov 2017	
	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 Sicurezza	CPSE Cure Domiciliari, Distretto		
Verifica	Francesca Gallone	Direttore del Distretto e Presidente UCAD		
	Lidia Carnevale	Dirigente Responsabile SITROP		
	Loirella Perugini	Responsabile Servizio Sociale Aziendale		
Autorizzazione	Arturo Pasqualucci	Direttore Sanitario ASL VC		
Emissione	Francesca Gallone	Direttore Distretto		

Data di applicazione	1/1/2018
REV.	00

ASL VC	PDTA SCOMPENSO CARDIACO().doc -	1/26
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANIARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE	PDTA Scompenso Cardiaco ().doc
		Pag. 2/26

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	4
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.	12
9. VALUTAZIONE DEL PERCORSO.....	14
10. MODALITÀ DI DIFFUSIONE INTERNA ED ESTERNA	14
11. GOVERNO E MANUTENZIONE DEL PROFILO	14
13. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI	14
14. STORIA DELLE MODIFICHE.....	15
ALLEGATO 1 – Segni e sintomi di SC	16
ALLEGATO 2 – Criteri di stabilità/instabilità.....	17
ALLEGATO 3 – Accertamenti diagnostici	20
ALLEGATO 4 – Programmi terapeutici e di follow-up	21
ALLEGATO 5 – Informativa per il paziente	24
ALLEGATO 6 – Certificazione per rilascio esenzione.....	26

ASL VC	PDTA SCOMPENSO CARDIACO().doc – agg. 03.11.2017	2/26
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

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 sono:

- individuare le persone a rischio di SC e attuare gli interventi idonei a ritardare la comparsa della disfunzione ventricolare sinistra (DVS);

ASL VC	PDTA SCOMPENSO CARDIACO().doc - agg. 03.11.2017	3/26
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

- individuare le persone con SC sintomatico al fine di ritardare la progressione della DVS a SC conclamato;
- applicare protocolli di diagnosi e cura basati sulle prove di efficacia e condivisi tra medicina generale e specialistica ospedaliera.

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.

ASL VC	PDTA SCOMPENSO CARDIACO().doc - agg. 03.11.2017	4/26
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

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);

ASL VC	PDTA SCOMPENSO CARDIACO() .doc - agg. 03.11.2017	5/26
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

- 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.nzgs.org.nz/>;

The National Collaborative 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 cerebrale, può avere una rilevanza notevole nell'assistere il clinico non solo nella diagnosi ma anche nel monitoraggio e nel trattamento dello SC.
- **CODICE TRIAGE**: Assegnazione codice di Gravità (da rosso, a verde, a giallo, a bianco)
- **cPAP/NIVV**: ventilazione meccanica
- **DEA**: Dipartimento Emergenza Accettazione
- **DVS**: disfunzione ventricolare sinistra
- **EV**: endovena
- **FA**: fibrillazione atriale
- **FVM**: frequenza ventricolare media
- **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
- **NSTEMI/STEMI**: non ST Elevation Myocardial Infarction/ ST Elevation Myocardial Infarction: infarto miocardio senza o con sopraslivellamento tratto ST.
- **OBI**: Osservazione Breve Intensiva
- **PA**: Pressione Arteriosa
- **SC**: Scompenso Cardiaco
- **SID**: Assistenza Infermieristica Domiciliare
- **SX-DX**: sinistra, destra

ASL VC	PDTA SCOMPENSO CARDIACO().doc – agg. 03.11.2017	6/26
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

001034

Pag. nr. 67 di 144 Deliberazione Nr. ()

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

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 diagnosi di SC documentata;
- i pazienti adulti con segni/sintomi sospetti per SC.

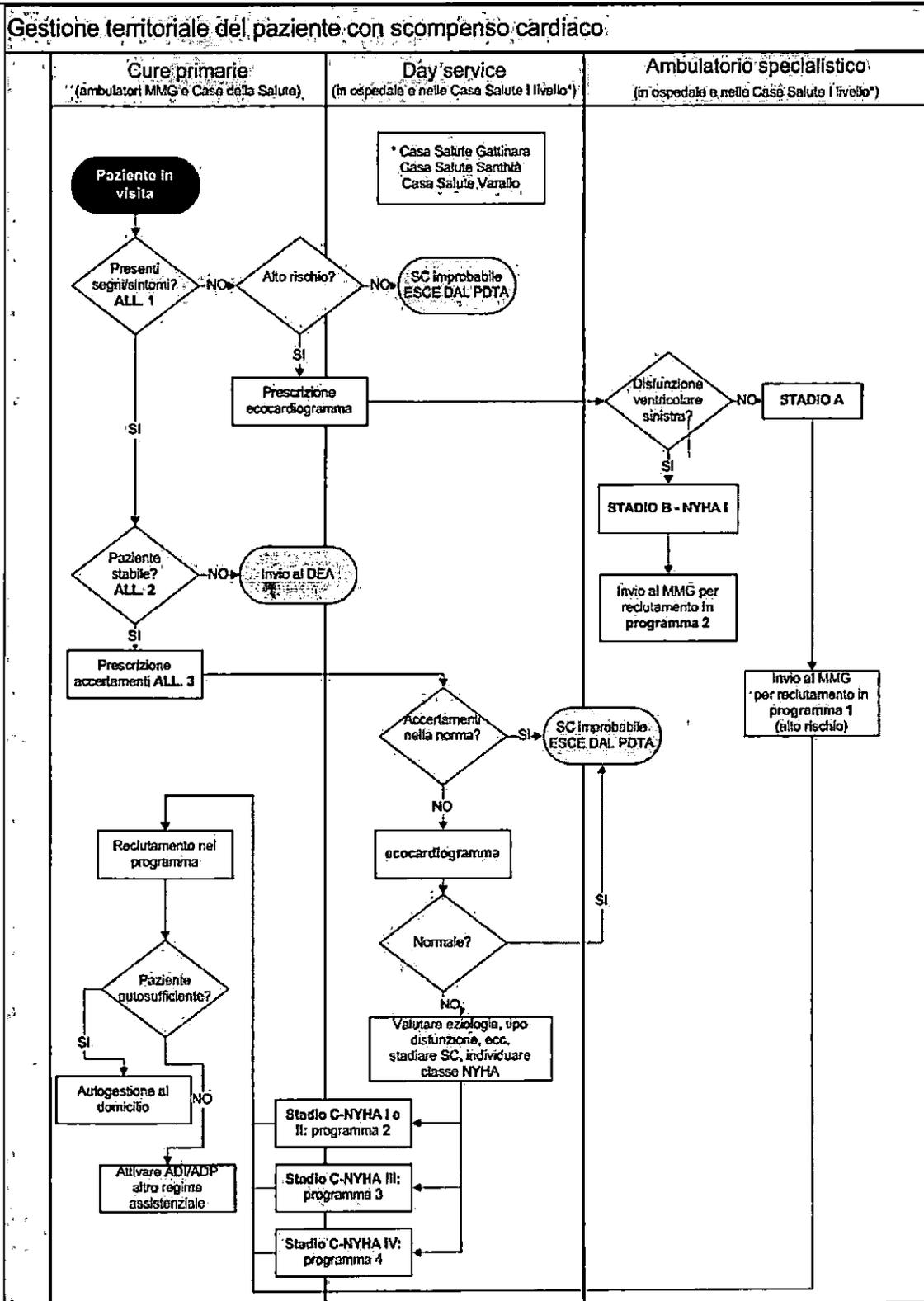
6.2 Criteri di esclusione

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).

ASL VC	PDTA SCOMPENSO CARDIACO().doc - agg. 03.11.2017	7/26
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

7. RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEL PDTA AZIENDALE



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 necessario incrementare 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).

ASL VC	PDTA SCOMPENSO CARDIACO().doc - agg. 03.11.2017	9/26
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

Tipologia di paziente	LIVELLO DI GESTIONE/INTERVENTO PREVALENTE	PROGRAMMA	AZIONI	Responsabile	NOTE
Asintomatico (stadio A)	<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. <u>Sede di erogazione delle prestazioni:</u> ambulatori MMG/ Case della Salute	1	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	I	MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) per identificare il rischio nutrizionale
			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
Oligo-asintomatico (stadio B e stadio C, classe NYHA I-II stabile)	<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. <u>Sede di erogazione delle prestazioni:</u> Case della Salute/ambulatori MMG	2	Pianificazione terapia e follow-up	MMG - Infermiere	Controlli secondo piano assistenziale (vd. all. 4)
				Cardiologo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esegue esami strumentali ▪ Interviene in caso di peggioramento clinico
				Dietista	Interviene su richiesta del MMG per trattare l'eventuale stato di malnutrizione (in eccesso o in difetto)
Sintomatico (stadio C, classe III stabile)	<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. <u>Sede di erogazione delle prestazioni:</u> Case della Salute/ambulatori MMG	3	Pianificazione terapia e follow-up	MMG - Infermiere	Controlli secondo piano assistenziale (vd. all. 4)
				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)

Tipologia di paziente	LIVELLO DI GESTIONE/INTERVENTO PREVALENTE	PROGRAMMA	AZIONI	Responsabile	NOTE
Instabile (classe III instabile e IV)	<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	4	Valutazione grado autosufficienza	MMG con il coinvolgimento di UVM/UVG	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
			Pianificazione terapia e follow-up	MMG - Infermiere	Controlli secondo piano assistenziale (vd. all. 4)
				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;
- **stadio C:** pazienti con alterazioni strutturali cardiache e sintomi di scompenso cardiaco che rispondono al trattamento terapeutico, classe NYHA I, II, 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.

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. (IN STESURA)

Fase	Attività	Responsabile/modalità di accesso/tempi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
A1	Identificazione e inquadramento dei soggetti a rischio o con scompenso già noto.	Chi: MMG. Come: accesso diretto all'ambulatorio. Perché: per indirizzare precocemente il paziente agli accertamenti e inquadrare correttamente lo scompenso e conseguentemente monitorare l'andamento della patologia.	MMG: Visita, anamnesi, esame obiettivo** Misurazione PA Misurazione Peso corporeo con calcolo BMI Misurazione saturazione ossigeno Valutazione del paziente ad alto rischio: chemioterapia o radioterapia, familiarità, ipertensione, diabete, cardiopatia, insufficienza renale, IMA recente Valutazione stili di vita: fumo, attività fisica, alimentazione. Prescrizione esami ematochimici come da all. 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reclutamento del paziente (consenso al PDTA – registrazione) ▪ Valutazione clinica con classificazione funzionale NYHA e stadi evolutivi dello scompenso. ▪ Richiesta visita cardiologica. ▪ Certificato per Esenzione per patologia
A2	Day service Sede: DH/Day service multispecialistico nell'ospedale di Vercelli e nell'ospedale di Borgosesia Case della Salute (Santhià, Gattinara, Varallo)	Chi: Cardiologo/Infermiere Come: accesso al Day Service con prenotazione al CUP su presentazione richiesta visita specialistica. Perché: inquadramento diagnostico dei nuovi casi e impostazione dello schema terapeutico.	Infermiere: Esegue prelievo Esegue ECG Rileva parametri vitali Compila questionario qualità di vita e scheda infermieristica al fine di determinare i bisogni socio-assistenziali Fornisce indicazioni per un corretto stile di vita e consegna opuscolo informativo (vedi allegato) Cardiologo: anamnesi, esame obiettivo* ecocardiogramma nei casi indicati (vd. all. 3 e all. 4) Valutazione del profilo di rischio del paziente, Impostazione terapia, ricetta per "pacchetti" Richiesta eventuali ed ulteriori accertamenti invasivi da effettuare in Ospedale. Impostazione follow-up periodico (vd. all. 4) * Inquadramento clinico con classificazione funzionale NYHA, stadio evoluzione malattia.	<ul style="list-style-type: none"> • Referto redatto su Ambweb e consegnato al paziente in originale firmato; 1 copia inserita nella Cartella clinica ambulatoriale ▪ Scheda Infermieristica ▪ Prescrizione eventuali ed ulteriori accertamenti ▪ Prescrizioni farmacologiche (richieste precompilate con "pacchetti farmaci" da consegnare direttamente alla Farmacia territoriale) ▪ Opuscolo informativo

ASL VC	PDTA SCOMPENSO CARDIACO(.....).doc	12/26
--------	------------------------------------	-------

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

Fase	Attività	Responsabile/modalità di accesso/tempi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
A5	Follow-up <u>Durata:</u> visita medica e assistenza infermieristica	Chi: MMG Quando: follow-up periodico Come: accesso diretto all'Ambulatorio del MMG Perché: per monitorare l'andamento dello scompenso, prevenire l'aggravamento della sintomatologia, ridurre i ricoveri ospedalieri, ridurre la mortalità.	Il MMG: <ul style="list-style-type: none"> Valutazione clinica almeno due volte all'anno imposta follow-up periodico (Vedi Tabella 2) richiesta controllo visita specialistica cardiologica, se casi di instabilità clinica. Il Cardiologo: <ul style="list-style-type: none"> Valutazione clinica almeno una volta all'anno Visita, più esami ad un mese da dimissione, poi si valutano le cadenze; se paziente stabile controllo semestrale con prescrizione di esami ematochimici di controllo, ECG, Ecocardiografia imposta follow-up periodico (Vedi Tabella 2) L'Infermiere Casa della salute: <ul style="list-style-type: none"> Educazione sanitaria per i pazienti e i caregivers orientata alla promozione dei corretti stili di vita, alla corretta alimentazione ed all'aderenza della prescrizione terapeutica farmacologica e non farmacologica Rilevazione parametri vitali: FC, PA, liquidi introdotti, diuresi 24 ore= bilancio idrico Rilevazione peso corporeo Rilevazione corretta assunzione farmaci Consulenza dietetica o di altre figure Registra su scheda infermieristica il follow-up periodico per richiamo attivo dei pazienti in prossimità dei controlli all'Ambulatorio specialistico. 	<ul style="list-style-type: none"> Registrazioni in cartella Richiesta visita specialistica cardiologica di controllo Richiesta per esami Registrazioni scheda infermieristica
A6	Presenza in carico territoriale (ADI-ADP)	Chi: MMG/Infermiere/Assistente sociale Quando: a seguito di dimissione ospedaliera o peggioramento del paziente Perché: Nei casi di pazienti instabili o non autosufficienti o in presenza di problematiche socio-assistenziali Come: con attivazione ADI/ADP	Il MMG attiva la modalità assistenziale più idonea (domiciliare, ambulatorio specialistico) in relazione al grado di dipendenza del paziente. Infermiere: segue paziente a domicilio SUSS: attiva modalità socio assistenziali.	<ul style="list-style-type: none"> Attivazione su apposita richiesta

9. VALUTAZIONE DEL PERCORSO

Per valutare l'efficacia e l'efficienza del profilo si fa riferimento agli indicatori di seguito riportati:
(IN CORSO DI INDIVIDUAZIONE)

Nome dell'indicatore	Formula	Atteso	Riferimento normativo/bibliografico	Struttura

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.

13. 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.
- 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: DD 438 del 30.6.2017 "D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016. Accertamento di € 8.000.000,00 sul cap.16575/2017. 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

ASL VC	PDTA SCOMPENSO () .doc	14/26
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

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

14. STORIA DELLE MODIFICHE

REV	Data	Descrizione delle modifiche
00	GENNAIO 2018	Prima emissione.

ASL VC	PDTA SCOMPENSO (.....).doc	15/26
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANIARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

ALLEGATO 1 – Segni e sintomi di SC

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

ASL VC	PDTA SCOMPENSO (.....).doc	16/26
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>		

ALLEGATO 2 – 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:

- capacità di attività uguale o migliorata dall’ultima visita
- 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
- sodiemia stabile generalmente ≥ 134 mg/L
- controllo dell’iperglicemia in pazienti diabetici senza episodi di ipoglicemia
- assenza di anemia rilevante
- 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, pro 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’OSPEDALIZZAZIONE

Invio in DEA-Ricovero immediato o consulenza immediata con il cardiologo

- edema polmonare acuto
- tachi o bradiaritmia sintomatica

ASL VC	PDTA SCOMPENSO (.....).doc	17/26
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL’AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

- ipotensione arteriosa persistente e sintomatica o comunque PAS < 75 mmHg
- disturbi mentali attribuibili a ipoperfusione cerebrale

Ricovero urgente o consulenza in giornata con il cardiologo

- 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
- comparsa/aggravamento di malattie extracardiache concomitanti aggravanti lo scompenso

Ricovero programmato entro 3 giorni o visita cardiologica urgente consulenza entro tre giorni con il cardiologo

- 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 (≤ 130 mEq/L)
- aritmie sintomatiche con elevata frequenza cardiaca a riposo (> 130 /min) o con bassa frequenza cardiaca (< 50 /min)
- assenza di compliance alla terapia per problemi cognitivi e inadeguata assistenza domiciliare.

Indicativamente, accertata la presenza e la gravità di segni e sintomi di insufficienza cardiaca, si stabilisce la necessità di ricovero:

in AREA CARDIOLOGICA:

- se il paziente necessita ulteriori approfondimenti cardiologici di secondo livello (sia invasivi che non invasivi);
- nuovo riscontro valvulopatia di rilievo clinico o nuovo riscontro CMP ipocinetica, scompenso

in AREA MEDICA INTERNISTICA:

- SCC senza indicazione area intensiva in paziente grande anziano (> 90 anni) soprattutto in presenza di rilevanti comorbidità di rilievo internistico;
- recidive di scompenso congestizio in paziente anziano con diagnosi cardiologica già nota e indicazione solo al supporto farmacologico in assenza di indicazioni a rivalutazione cardiologica strumentale.

In TERAPIA INTENSIVA:

- edema polmonare acuto non risolto in DEA
- ipotensione persistente asintomatica o < 80 mmHg
- arresto cardiaco o aritmie ventricolari minacciose
- ripetute scariche defibrillatore
- infarto miocardio acuto, angina o ischemia refrattarie alla terapia d'urgenza instaurata

È invece indicata l'osservazione in OBI in caso di:

ASL VC	PDTA SCOMPENSO (.....).doc	18/26
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

- recidive in pazienti cronici con alta probabilità di risoluzione e stabilizzazione con diuretici EV entro 24-48 ore ore da ingresso DEA (sovraccarico liquidi senza altre complicanze acute).

ASL VC	PDTA SCOMPENSO (.....).doc	19/26
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

ALLEGATO 3 – Accertamenti diagnostici

Esami ematochimici e strumentali per l'inquadramento iniziale dello SC	
emocromo	Un'anemia può esacerbare o precipitare lo SC
elettroliti sierici (inclusi calcio e magnesio)	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	Fattori di rischio metabolici
azotemia, creatininemia	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	Significato prognostico. Fegato da stasi. Cardiomiopatia da abuso di alcol.
Albuminemia	Bassa in corso di sindrome nefrosica o insufficienza epatica
TSH ft3 e ft4	Un'alterata funzione tiroidea può esacerbare o precipitare lo scompenso cardiaco
RX torace (2 proiezioni)	Può essere di valore limitato nella diagnosi di SC Può evidenziare alterazioni suggestive di SC Può identificare patologia polmonare primitiva
ECG (12 derivazioni)	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
Ecocardiogramma	Da eseguirsi, se possibile, in tutti i pazienti con fondato sospetto di SC di nuova insorgenza
Dosaggio pro-BNP	Da richiedere nei soggetti ad alto rischio per selezionare quelli da sottoporre ad ecocardiografia

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".

ASL VC	PDTA SCOMPENSO (.....).doc	20/26
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

ALLEGATO 4 – 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	
1	Stadio A (Pazienti a rischio)	Valutazione clinica		X		
		Parametri clinici (PA, FC, peso)		X		
		Inquadramento cardiologico	All'ingresso nel PDTA			
		Valutazione compliance eventuale terapia		X		
		Educazione di paziente/famiglia		X		
		Somministrazione questionario sulla qualità di vita				X
2	Stadio B-NYHA I Stadio C-NYHA I Stadio C-NYHA II	Valutazione clinica		X		
		Parametri clinici (PA, FC, peso)		X		
		ECG a riposo		X		
		Ecocardiogramma			biennale	
		Esami biumorali: emocromo, azotemia, creatininemia, elettroliti, Glicemia, ALT + quelli ritenuti necessari a seconda delle condizioni cliniche			X	
		Colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi			X	
		Valutazione <i>compliance</i> terapia			X	
		Educazione di paziente/famiglia			X	
Somministrazione questionario sulla qualità di vita				X		
3	Stadio C-NYHA III	Valutazione clinica	X			
		Parametri clinici (PA, FC, peso)	X			
		ECG a riposo	X			
		Ecocardiogramma			X	
		Esami biumorali: emocromo, azotemia, creatininemia, elettroliti, Glicemia, ALT + quelli ritenuti necessari a seconda delle condizioni cliniche	X			
		Colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi			X	
		Valutazione <i>compliance</i> terapia	X			
		Educazione di paziente/famiglia			X	
Somministrazione questionario sulla qualità di vita				X		
4	NYHA IV	Indagini sopra indicate + quelli ritenuti necessari in relazione alle variabili cliniche	Controlli personalizzati			

Fonte: Estratto ed adattato da SNLG – Regioni. Diagnosi e cura dello scompenso cardiaco, 2017.

ASL VC	PDTA SCOMPENSO (.....).doc	21/26
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

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"> ▪ ACE inibitori ▪ Diuretici ▪ Beta bloccanti ▪ Sartani ▪ Glicosidi cardiaci ▪ Vasodilatatori (nitratidralazina) ▪ Anticoagulanti ▪ Antiaritmici 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rivascolarizzazione (cateterismo e chirurgia), altre forme di chirurgia ▪ Pace-maker antibradicardici ▪ Terapia elettrica di risincronizzazione ventricolare ▪ Defibrillatori-cardiovertitori impiantabili (ICD) ▪ Ablazione con catetere a radiofrequenza ▪ Trapianto di cuore, dispositivi di assistenza ventricolare, cuore artificiale ▪ Ultrafiltrazione ▪ ossigenoterapia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Controllo del peso ▪ Misure dietetiche generali (sale, liquidi, alcol) ▪ Misure dietetiche contro l'obesità ▪ Supplementi nutrizionali ▪ Abolizione del fumo ▪ Raccomandazioni su viaggi, attività sessuale ▪ Vaccinazioni ▪ Gestione della terapia (adesione a trattamento, farmaci da evitare o da assumere con attenzione) ▪ Stile di vita (riposo, attività fisica, attività lavorativa, addestramento all'esercizio) ▪ Assistenza (monitoraggio e follow-up, comunicazione)

ASL VC	PDTA SCOMPENSO (.....).doc	22/26
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>		

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
ACE inibitori			
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
AT2 bloccanti			
cardesarta	IA	-	SC
eprosartan	IA	-	-
irbesartan	IA, ND	-	-
losartan	IA, ND	RCV	-
olmesartan	IA	-	-
telmisartan	IA	-	-
valsartan	IA, ND	post-IMA	post-IMA, SC
Antialdosteronici			
Eplerenone	IA	post-IMA	post-IMA
spironolattone	IA	-	SC
Beta-bloccanti			
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	-
digossina	-	-	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

ASL VC	PDTA SCOMPENSO (.....).doc	23/26
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

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. Abituatvi gradualmente (alcuni mesi) a "non salare". Un regolare esercizio fisico è molto utile: abitatevi 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.

ASL VC	PDTA SCOMPENSO (.....).doc	24/26
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

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).

ASL VC	PDTA SCOMPENSO (.....).doc	25/26
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

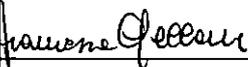
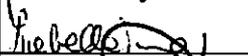
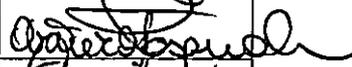
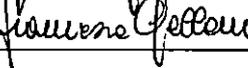
ALLEGATO 6 – Certificazione per rilascio esenzione

ASL VC	PDTA SCOMPENSO (.....).doc	26/26
<i>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</i>		

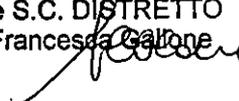
Pag. nr. 87 di 144 Deliberazione Nr. (00) **1034**

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore SOV. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

**Protocollo operativo di raccordo delle Case della Salute
con l'area specialistica ambulatoriale ed ospedaliera**

	<i>Nominativo</i>	<i>Funzione</i>	<i>Data</i>	<i>Firma/evidenza di approvazione</i>
Stesura	Dr.ssa Francesca Gallone	Direttore S.C.Distretto	4 Ottobre 2017	
Verifica	Dott.ssa Isabella Perucca	CPSE SS.Qualità	Ottobre 2017	
	Dott. Arturo Pasqualucci	Direttore Sanitario	Ottobre 2017	
Autorizzazione	Dott.ssa Chiara Serpieri	Direttore Generale	8 novembre 2017	
Emissione	Dr.ssa Francesca Gallone	Direttore S.C.Distretto	8 novembre 2017	
Data di applicazione	9 novembre 2017			
REV.	00			

Pag. nr. 88 di 144 Deliberazione Nr. (001034)

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone




1. PREMESSA	3
2. SCOPO	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
4. DEFINIZIONI ED ACRONIMI	4
5. MODALITÀ OPERATIVE	4
6. RESPONSABILITÀ	5
7. RIFERIMENTI.....	5
8. STORIA DELLE MODIFICHE.....	6

1. PREMESSA

Le Case della Salute prevedono la collocazione nelle sedi aziendali di Santhià, Gattinara, Cigliano, Coggiola e Varallo delle attività e dei servizi erogati in sedi distrettuali, garantendo un uso efficace ed efficiente degli spazi e delle risorse a disposizione.

La realizzazione delle CS comporta l'erogazione in uno stesso spazio fisico dell'insieme delle prestazioni socio-sanitarie favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie e deve rappresentare la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie.

In tale ottica, le CS perseguono obiettivi strategici quali:

- realizzare una risposta ai bisogni di assistenza primaria delle persone attraverso una continuità assistenziale;
- strutturare un sistema integrato di servizi che si prenda cura delle persone fin dal momento dell'accesso attraverso: l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra i professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze con un approccio globale dei bisogni della persona;
- definire percorsi di presa in carico secondo standard clinico-assistenziali;
- configurare un assetto organizzativo all'interno di una rete integrata di servizi con relazioni cliniche e organizzative strutturate che mettono in relazione l'assistenza primaria erogata nelle CS con gli altri nodi della rete (assistenza specialistica, salute mentale, sanità pubblica);
- sviluppare una gestione proattiva della cronicità anche attraverso la realizzazione di ambulatori infermieristici per la gestione delle patologie croniche.

In una logica di integrazione istituzionale e organizzativa, le CS svolgono la funzione ideale di aggregazione dei professionisti che operano sul territorio di riferimento.

L'inserimento nelle Case della Salute della figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, definito facilitatore all'interno della comunità, permette di avere un soggetto competente che fa da tutor ai cittadini per la sua visione a tutto tondo dell'anziano e del paziente fragile.

2. SCOPO

Scopo di questo documento è di definire i percorsi integrati tra le aree specialistiche ambulatoriali del distretto e dell'ospedale al fine di:

- assicurare l'appropriato e completo svolgimento dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) che verranno gestiti all'interno delle CS a favore della popolazione fragile e/o affetta da patologie croniche;
- garantire la presa in carico e la continuità assistenziale del paziente che si rivolge alla CS.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Quanto descritto in questo documento viene applicato dai MMG/PLS e dal personale assistenziale della CS, ciascuno per la parte di propria competenza, a favore dei pazienti che necessitano di prestazioni specialistiche ambulatoriali.

ASL VC	Case Salute e specialisti (DIS. IL.2211.00).doc	3/6
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

4. DEFINIZIONI ED ACRONIMI

CS: Casa della Salute

MMG: Medici di Medicina Generale/medici di assistenza primaria

PLS: Pediatri di Libera Scelta

CPSE: Collaboratore Professionale Sanitario Esperto

CPSI: Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere

IFC: Infermiere di Famiglia e Comunità

CUP: Centro Unificato di Prenotazione

PDTA: percorsi diagnostico-terapeutici

SSR: sistema sanitario regionale

5. MODALITÀ OPERATIVE

Il Medico della CS:

- organizza in collaborazione con gli specialisti presenti nella CS percorsi facilitati e personalizzati di prestazioni ambulatoriali (anche di day-service);
- gestisce il paziente fragile affetto da patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco) secondo PDTA condivisi con gli specialisti ospedalieri e convenzionati;
- in collaborazione con l'IFC attiva il monitoraggio dei pazienti inseriti nei PDTA;
- in caso di emergenza-urgenza clinica attiva il SET 118 per l'eventuale ricovero nell'ospedale di riferimento, nel rispetto del protocollo con il sistema delle emergenze urgenze;
- provvede in autonomia ad attivare percorsi differenziati in base alla patologia e alla urgenza di valutazione specialistica del caso che arriva alla sua attenzione.

In particolare:

- in base a quanto previsto dalla DGR 2-2481 del 29/07/2011 **in caso di richiesta di prestazione in classe U**, ove con U si intendono le prestazioni relative ad una malattia in fase acuta o in riacutizzazione per la quale il prescrittore valuta che la mancata esecuzione nell'arco di 72 ore possa comportare un peggioramento del quadro patologico e/o pregiudichi l'evoluzione del piano terapeutico, il MMG/PLS effettua la prescrizione di visita in classe U su ricettario del SSR. Se lo specialista di riferimento è presente nella CS, previo contatto telefonico, il Medico della CS invia il paziente; se lo specialista non è presente nelle successive 72 ore invia il paziente presso la sede in cui sono garantite le classi U.

Il paziente è comunque tenuto al pagamento del ticket, se dovuto.

- In caso di pazienti che necessitano di **prestazioni in classe B o D** il MMG/PLS prescrive su ricetta del SSR e il paziente si reca per la prenotazione al CUP sito nelle CS di Santhià, Gattinara, Cigliano o nelle altre sedi aziendali CUP (Borgosesia, Vercelli) o telefona al numero verde 800-396300.
- In caso di pazienti che necessitano di prestazioni specialistiche a domicilio il MMG/PLS può attivare il Servizio Cure domiciliari che, a sua volta, si può avvalere anche degli specialisti per l'effettuazione di prestazioni al domicilio. Queste possono riguardare sia pazienti in ADI che pazienti impossibilitati a muoversi dal proprio domicilio per motivi clinici.

ASL VC	Case Salute e specialisti (DIS. IL.2211.00).doc	4/6
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

La CPSE della CS, nell'ambito dell'area specialistica della CS, ha funzioni organizzative e di raccordo e, in particolare:

- coordina l'attività infermieristica del personale del poliambulatorio;
- provvede al rifornimento del materiale di consumo;
- garantisce la continuità dell'assistenza nell'ambito del poliambulatorio;
- si interfaccia con le figure professionali delle varie strutture che afferiscono alla CS.

L'IFC della CS ha compiti di:

- prevenzione e promozione della salute che svolge presso la comunità di riferimento attraverso interventi di educazione sanitaria, interventi di correzione degli stili di vita e dei fattori comportamentali di rischio partecipando e promuovendo progetti di screening;
- collaborazione con MMG e medici specialisti nel monitoraggio attivo dei pazienti fragili (prevalentemente anziani polipatologici) in applicazione dei PDTA aziendali utilizzando i sistemi di recall, follow up telefonico, counselling infermieristico ambulatoriale e domiciliare.

6. RESPONSABILITÀ

Ad integrazione delle responsabilità specifiche individuate in "Modalità operativa" si precisano le seguenti responsabilità in capo alle seguenti figure professionali:

Funzione responsabile	Attività
Dirigente Medico Referente CS	Diffusione di questo documento tra il personale dipendente convenzionato operante nella CS Verifica affinché quanto riportato nel documento sia osservato dal personale dipendente e convenzionato

7. RIFERIMENTI

- P.S.S.R. 2012-2015
- DGR n. 26-1653 del 29/06/2015 "Interventi di riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R.n.1-600 del 19/11/2014 e s.m.i."
- DGR n.3-4287 del 29/11/2016 "Interventi regionali e linee di indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute"
- D.D n. 438 del 30/06/2017 ad oggetto "DGR n.3-4287 del 29.11.2016 – Valutazione dei progetti ASL e indirizzi per l'avvio e il monitoraggio della sperimentazione".
- DGR 2-2481 del 29/07/2011 "Intesa, ai sensi dell'art. 8 - comma 6 - della L. 5 giugno 2003 n. 131, tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280, della L. 23.12.2005 n. 266. Approvazione Piano regionale. Indirizzi applicativi alle Aziende Sanitarie Regionali"

ASL VC	Case Salute e specialisti (DIS. IL.2211.00).doc	5/6
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

9. STORIA DELLE MODIFICHE

REV	Data	Descrizione delle modifiche
00	Nov 2017	Prima emissione

ASL VC	Case Salute e specialisti (DIS. IL.2211.00).doc	6/6
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

Pag. nr. 93 di 144 Deliberazione Nr. (00) **1034**

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli**ISTRUZIONE DI LAVORO**Case salute ed emergenze
(DIS.IL.2208.00).doc

Pag. 1/5

**Protocollo di collegamento operativo delle
Case della Salute
con il sistema dell'emergenza-urgenza**

	<i>Nominativo</i>	<i>Funzione</i>	<i>Data</i>	<i>Firma/evidenza di approvazione</i>
Stesura	Dr.ssa Francesca Gallone	Direttore S.C. Distretto	02/10/2017	<i>Francesca Gallone</i>
Verifica	Dr.ssa Roberta Petrino	Direttore S.C. Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza (MECAU)	Ottobre 2017	<i>Roberta Petrino</i>
	Dott.sa Lidia Carnevale	Direttore FF S.C.SITROP	Ottobre 2017	<i>Lidia Carnevale</i>
	Dr.sa Emanuela Pastorelli	Direttore SC Direzione Medica	Ottobre 2017	<i>Emanuela Pastorelli</i>
	Dott.ssa Francesca Gallone	Direttore SC Distretto	Ottobre 2017	<i>Francesca Gallone</i>
	Dr.sa Egle Valle	Responsabile SET 118 Area Sovrazonale 4	20 Ottobre 2017	Parere acquisito con email
	Dott.ssa-Isabella Perucca	C.P.S.E. SS.Qualità	Ottobre 2017	<i>Isabella Perucca</i>
	Dr. Arturo Pasqualucci	Direttore Sanitario	Ottobre 2017	<i>Arturo Pasqualucci</i>
Autorizzazione	Dott.ssa Chiara Serpieri	Direttore Generale	8 novembre 2017	<i>Chiara Serpieri</i>
Emissione	Dr.ssa Francesca Gallone	Direttore S.C. Distretto	8 novembre 2017	<i>Francesca Gallone</i>

Data di applicazione	09 novembre 2017
REV.	00

Pag. nr. 96 di 144 Deliberazione Nr. **001034**REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

ISTRUZIONE DI LAVORO

Case salute ed emergenze
(DIS.IL.2208.00).doc

Pag. 2/5

1. PREMESSA.....3

2. SCOPO.....4

3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....4

4. DEFINIZIONE ED ACRONOMI.....4

5. MODALITÀ OPERATIVE4

6. RESPONSABILITÀ.....5

7. RIFERIMENTI.....5

8. STORIE DELLE MODIFICHE.....5

Pag. nr. 95 di 144 Deliberazione Nr. (001034)

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca *[Signature]*

1. PREMESSA

La Regione Piemonte, con DD n. 438 del 30.06.2017, ha approvato il percorso di sperimentazione regionale delle Case della Salute.

Per CS s'intende un "Centro Medico polifunzionale che fornisce risposte integrate, mediante percorsi di cura realizzati in continuità fra Ospedale e Territorio e fra Servizi sanitari e Sociali ". Esso è il luogo fisico in cui lavorano in équipe i medici di famiglia, gli infermieri, i medici specialisti, le assistenti sociali degli Enti Gestori dei Servizi Socio-assistenziali del territorio in cui insistono le CS, il personale ausiliario e amministrativo.

Le CS rappresentano il nodo principale (Hub) di una rete integrata di servizi e a sua volta costituiscono una rete clinica su cui convergono gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale ("spoke"). Poiché operano nell'ambito delle cure primarie **le CS non sono un punto della rete dell'emergenza ospedaliera, né della rete dell'emergenza territoriale (SET 118).**

Nelle CS non vengono svolte attività di emergenza ed urgenza: per l'attività di emergenza/urgenza l'utenza dovrà rivolgersi direttamente ai DEA/PS di riferimento.

L'Equipe delle CS è multiprofessionale e multidisciplinare. In esse operano le seguenti figure professionali, in percorsi delle cure primarie distinti e separati da quelli dell'emergenza-urgenza:

- medici di medicina generale
- medici di Continuità assistenziale
- pediatri di libera scelta
- specialisti ambulatoriali convenzionati ed ospedalieri
- infermieri;
- operatori sociosanitari;
- assistenti sociali;
- personale amministrativo.

Alla luce della vigente normativa, la funzione emergenza-urgenza risulta invece articolata come segue:

Ambito extraospedaliero

Nel territorio dell'ASL VC sono attivi la Centrale Operativa 118– in carico all'AOU di Novara, che fa parte del Dipartimento Interaziendale per l'Emergenza Sanitaria Territoriale 118 composto dalle Aziende sede di Centrale Operativa, istituito con DGR n. 83-6614 del 30/07/2007 – e cinque mezzi di soccorso avanzato operativi sulle 24 ore con medico ed infermiere a bordo, situati rispettivamente presso la postazione di Vercelli, Santhià, Varallo, Gattinara e Borgosesia. Il personale medico ed infermieristico di tutte le postazioni è rappresentato da dipendenti e/o convenzionati dell'AOU di Novara.

Il Servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) è articolato in modo da fornire la copertura su tutto il territorio dell'ASL VC con n.7 postazioni ubicate nelle sedi di: Vercelli, Santhià, Cigliano, Gattinara, Borgosesia, Varallo e Scopello

Pag. nr. 96 di 144 Deliberazione Nr. 001034

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

Ambito intraospedaliero

Nell'ambito territoriale dell'ASL VC è operativo un sistema a rete che collega le diverse realtà ospedaliere secondo livelli di capacità crescenti in rapporto alla complessità delle strutture erogatrici, alle competenze del personale ed alle risorse disponibili: sono presenti un DEA di II livello di riferimento sovrazonale, localizzato presso l'AOU di Novara, un DEA di I livello dell'ASL VC, localizzato presso il Presidio Ospedaliero di Vercelli, e un Pronto Soccorso situato nel Presidio Ospedaliero di Borgosesia.

2. SCOPO

Questo documento definisce le modalità operative che il personale operante nelle CS deve adottare nel caso in cui l'utenza che assiste nell'ambito delle attività di competenza si trovi in una situazione clinica di emergenza/urgenza.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Questo documento si applica per l'attività di emergenza/urgenza riferita alla sola utenza presente all'interno della Casa della Salute.

4. DEFINIZIONI E ACRONOMI

ASL VC: Azienda Sanitaria Locale di Vercelli

CS: Case Salute

DEA/PS: Dipartimento Emergenza Accettazione/Pronto Soccorso

MMG/PLS: Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta.

5. MODALITÀ OPERATIVE

Sono in carico ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta operanti nelle CS i casi che non presentano caratteristiche di urgenza/emergenza.

Qualora, per i pazienti che presentano sintomatologie tali da non escludere un possibile rischio evolutivo e quindi la necessità di trattamenti urgenti e/o complessi, il MMG/PLS allerta il Servizio 118.

PROTOCOLLO DI COLLEGAMENTO OPERATIVO CON IL 118, IL DEA DI RIFERIMENTO E PROCEDURE DI RICOVERO/DIMISSIONE/OSSERVAZIONE.

Il Medico delle Case della Salute provvede in autonomia ad attivare percorsi differenziati in base alla patologia ed alla gravità del caso che arriva alla sua attenzione. In particolare:

a. Casi di pazienti con sintomatologia presuntiva per patologia evolutiva minacciosa per la vita o per l'integrità di organi vitali:

- ⇒ Utenza che arriva direttamente alla CS in situazione clinica grave che necessita di intervento urgente
- ⇒ Paziente in carico alla CS che accusa un improvviso peggioramento delle condizioni cliniche e necessita di intervento urgente.

In entrambi i casi il Medico della CS dovrà allertare il SET 118.

Pag. nr. 97 di 144, Deliberazione Nr. (00) **1034**

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.O. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

b. Casi di pazienti con necessità di prestazioni specialistiche ambulatoriali urgenti:

Il MMG prescrive, su ricettario regionale, la prestazione necessaria indicando l'appropriato codice di priorità (U, ex 1 DGR 2-2481/2011) e indirizzando il paziente al percorso ambulatoriale del caso.

1 DGR 2-2481 del 29/07/2011 "Intesa, ai sensi dell'art. 8 - comma 6 - della L. 5 giugno 2003 n. 131, tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280, della L. 23.12.2005 n. 266. Approvazione Piano regionale. Indirizzi applicativi alle Aziende Sanitarie Regionali"

6. RESPONSABILITÀ

Ad integrazione delle responsabilità specifiche individuate in "Modalità operativa" si precisano le seguenti responsabilità in capo al Referente della CS:

Funzione responsabile	Attività
Dirigente Medico Referente Casa della Salute	Diffusione del presente documento tra il personale dipendente e convenzionato operante nella CS Verifica affinché quanto riportato nel documento sia osservato dal personale dipendente e convenzionato

7. RIFERIMENTI

8. STORIA DELLE MODIFICHE

REV	Data	Descrizione delle modifiche
00	Nov 2017	Prima emissione

Pag. nr. 98 di 144 Deliberazione Nr. (00) **1034**

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone



**Protocollo per l'integrazione
delle Case della Salute
nel percorso di continuità assistenziale di cui alla DGR n. 27-3628 del 28.3.2012**

	<i>Nominativo</i>	<i>Funzione</i>	<i>Data</i>	<i>Firma/evidenza di approvazione</i>
Stesura	Dr. Giuseppe Ferraris	Dirigente Medico responsabile SS Residenzialità	25 Ottobre 2017	
	Dott.ssa Maria Rosa Sicuranza	CPSE Cure domiciliari, Centrale operativa e N.D.C.C.		
	Dott.ssa Laura Spunton	Assistente Sociale SC Distretto e Referente Settore Fragilità		
Verifica	Dott.ssa Lidia Carnevale	Direttore FF.S.C. SITROP	Ottobre 2017	
	Dott.ssa Francesca Gallone	Direttore SC Distretto	Ottobre 2017	
	Dr. Arturo Pasqualucci	Direttore Sanitario	Ottobre 2017	
	Dott.ssa-Isabella Perucca	CPSE SS Qualità	Ottobre 2017	
Autorizzazione	Dott.ssa Chiara Serpieri	Direttore Generale	08 novembre 2017	
Emissione	Dott.ssa Francesca Gallone	Direttore SC Distretto	08 novembre 2017	

Data di applicazione	09 Novembre 2017
REV.	00

Pag. nr. 99 di 144 Deliberazione Nr. (001034)

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone



1. PREMESSA	3
2. SCOPO	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	3
4. DEFINIZIONI E ACRONIMI	3
5. MODALITÀ OPERATIVE	4
6. RESPONSABILITÀ.....	5
7. RIFERIMENTI.....	5
8. STORIA DELLE MODIFICHE	6
9. ALLEGATI.....	6
Modulo allegato A.1 alla DGR n. 27-3628 del 28.3.2012 (Indice di BRASS).....	7
Modulo allegato A.2 alla DGR n. 27-3628 del 28.3.2012 (Scheda riassuntiva dei bisogni di continuità assistenziale).....	8
Modulo allegato A DGR n.42-8390 del 10 marzo 2008 "Richiesta UVG".....	14
Modulo allegato B DGR n.42-8390 del 10 marzo 2008 "Scheda informativa sanitaria".....	16

Pag. nr. 100 di 144 Deliberazione Nr. (001034)

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Galone

1. PREMESSA

A seguito della DGR 27-3628 del 28 marzo 2012, l'ASL VC ha istituito un nuovo modello di gestione della continuità assistenziale per pazienti fragili in dimissione da DEA/Reparti Ospedalieri che integra la precedente procedura della continuità assistenziale ai sensi della DGR 72-14420/2004. Tale modello ha previsto la costituzione un Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (NOCC) per ciascun Ospedale dell'Azienda e di un Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (NDCC) nelle due aree Nord e Sud del Distretto Unico.

Con D.D. n.438 del 30.06.2017 la Regione Piemonte ha dato avvio alla sperimentazione e all'effettiva operatività degli interventi progettati dall'ASL VC per l'attivazione delle Case della Salute (CS) quale modalità innovativa di organizzazione della rete di Cure Primarie.

Il percorso della continuità delle cure deve pertanto tenere conto delle linee di indirizzo per la sperimentazione delle CS, in cui si raccomanda che per le patologie croniche ad elevato rilievo socio-sanitario siano implementate modalità di gestione integrata tra MMG/PLS, specialisti ambulatoriali e ospedalieri per la presa in carico di pazienti in dimissione.

2. SCOPO

Lo scopo del presente documento è di rendere esplicito il collegamento tra i Nuclei Distrettuali di Continuità delle Cure del Distretto e le CS, in cui operano Medici di Famiglia (MMG e PLS), specialisti ambulatoriali, Infermieri e Fisioterapisti delle Cure Domiciliari, con il supporto del personale amministrativo (Sportello Unico) e in collaborazione con i Servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria (UVG/UMVD; Dipartimento delle Dipendenze, Salute Mentale e Psicologia, Consultorio) e i Servizi Socio-Assistenziali del territorio. Tale modalità organizzativa necessita di mettere a sistema e rafforzare gli snodi di contatto tra i vari punti della rete territoriale affinché si realizzi una presa in carico coerente e non frammentata a fronte di bisogni sanitari e assistenziali che richiedono capacità di coordinamento, tempestività, appropriatezza.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Questo documento si applica esclusivamente alla tipologia di pazienti indicati nella DGR 27-3628 del 28.3.2012, ovvero ai pazienti in dimissione ospedaliera residenti nell'Asl "VC" che necessitano di interventi di continuità assistenziale erogabili sul territorio.

In particolare, vengono descritte le attività che le CS possono svolgere in tale processo di integrazione tra ospedale e territorio e che trovano applicazione per i **pazienti residenti negli ambiti territoriali delle CS e che si trovano in una condizione di dimissione ospedaliera pianificata in carico al NDCC del Distretto.**

4. DEFINIZIONI E ACRONIMI

- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Assistenza Domiciliare Integrata Unità Operativa Cure Palliative (ADI UOCP)
- Casa della Salute (CS)
- Collaboratore Professionale Sanitario Esperto (CPSE)
- Medico di Medicina Generale (MMG)
- Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (NDCC)
- Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (NOCC)
- Pediatra di Libera Scelta (PLS)
- Percorso/i Diagnostico/i Terapeutico/i Assistenziale/i (PDTA)

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

Pag. nr. 101 di 1114 Deliberazione Nr. (001034)

- Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)
- Unità di Valutazione Geriatrica (UVG)
- Unità Multidisciplinare di Valutazione Disabilità (UMVD)

5. MODALITÀ OPERATIVE

Modalità operative di integrazione della Casa della Salute nel percorso della continuità delle cure ospedale-territorio

Le modalità operative di seguito descritte riguardano il ruolo delle CS nell'ambito degli interventi di continuità assistenziale ex DGR 27-3628/2012 a favore di pazienti in dimissione residenti nelle aree zonali di pertinenza delle diverse CS.

Per tale tipologia di pazienti le CS svolgono una funzione fondamentale di raccordo delle fasi ospedaliera e territoriale.

Tenendo conto del funzionamento complessivo del NOCC/NDCC, si delinea un collegamento più diretto con il NDCC che è l'interlocutore delle CS. Le fasi di coinvolgimento delle CS sono:

- raccolta delle informazioni cliniche sul caso che, come previsto dalla DGR 27/2012, l'NDCC deve trasmettere al MMG/PLS: ciascun MMG/PLS delle CS può fornire le informazioni attraverso la cartella clinica condivisa;
- coinvolgimento dei MMG/PLS operanti all'interno delle CS da parte del NDCC finalizzato alla costruzione del progetto individualizzato di dimissioni che può prevedere diversi percorsi:
 - 1) rientro a domicilio con attivazione delle Cure Domiciliari (ADI, ADP, UOCP, SID); a tale proposito si individua l'obiettivo di miglioramento della presa in carico dei pazienti complessi che richiedono un approccio multiprofessionale, come indicato dalla DGR 6-5519/2013. Per ogni paziente il MMG/PLS di riferimento, in collaborazione con il personale infermieristico e della riabilitazione e integrato da altre figure professionali (Assistente Sociale, Operatore Socio-Sanitario dell'Ente Gestore, Specialisti) condivide il progetto individuale e ne monitora l'andamento con verifiche congiunte nelle fasi intensiva, estensiva e di passaggio alla lungoassistenza;
 - 2) attivazione dei percorsi di continuità presso strutture di riabilitazione e strutture a valenza sanitaria di cui alla citata DGR 6-3319;
 - 3) attivazione da parte del MMG per la compilazione del Modulo di valutazione sanitaria allegato all'istanza UVG da inoltrare allo sportello SUSS con avvio del percorso socio-sanitario (valutazione UVG, predisposizione di progetti residenziali anche temporanei, semiresidenziali, domiciliari);
- condivisione con il NDCC del monitoraggio e conclusione del percorso post-dimissioni
- attivazione dei PDTA in relazione al quadro clinico del paziente.

Al momento i contatti NDCC/MMG per le fasi interessate procedono attraverso comunicazione e-mail e scambio della modulistica di cui alle DGR 27-3628/2012 e DGR 42-8390/2008

Pag. nr. 102 di 144 Deliberazione Nr. (001034)

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

6. RESPONSABILITÀ

Ad integrazione delle responsabilità specifiche individuate in "Modalità operativa" si precisano le seguenti responsabilità in capo alle seguenti figure professionali:

Funzione responsabile	Attività
Dirigente Medico Referente CS	Diffusione di questo documento tra il personale dipendente e convenzionato operante nelle CS
Coordinatori Cure Domiciliari	Verifica affinché quanto riportato nel documento sia osservato dal personale dipendente
Assistente Sociale SC Distretto e Referente Settore Fragilità SC Distretto	Verifica affinché quanto riportato nel documento sia osservato dal personale dipendente

7. RIFERIMENTI

- DGR 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 42-8390 del 10 marzo 2008 "Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica e Linee guida del Piano Assistenziale Individuale. Modifica e integrazione della DGR 17-15226/2005: *Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti* e della DGR n. 14-26366/1998 *Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani UVG*
- 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")
- DGR 45-4248 del 30 luglio 2012 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitario a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifiche DGR n. 25-12129 del 14.09.2009 e DGR 35-9199 del 14.07.2008. Revoca precedenti deliberazioni";
- DGR 6-5519 del 14 marzo 2013 "Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese in applicazione alla D.C.R. n. 167-14087 del 3.4.2012 (PSSR 2012-2015);
- DGR 14-5999 del 25 giugno 2013 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;
- DGR 85-6287 del 2 agosto 2013 "Approvazione del Piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla DGR 45-4748 del 30 luglio 2012;
- Determinazione del Direttore del Distretto di Vercelli n. 36 del 21 ottobre 2013 "Attuazione del Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure per le dimissioni protette"
- Regione Piemonte-ARESS "Raccomandazioni per la costruzione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) e dei Profili Integrati di Cura (PIC), 2007;
- Distretto di Vercelli "Procedura per la definizione dei percorsi di continuità assistenziale DGR n. 72-14420 del 20/12/2004" (DISVC.PO.0895.00)
- DGR n. 26-1653 del 29/06/2015 "Interventi di riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R.n.1-600 del 19/11/2014 e s.m.i."
- DGR n.3-4287 del 29/11/2016 "Interventi regionali e linee di indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute"
- D.D n. 438 del 30/06/2017 ad oggetto "DGR n.3-4287 del 29.11.2016 - Valutazione dei progetti ASL e indirizzi per l'avvio e il monitoraggio della sperimentazione".

Pag. nr. 103 di 144 Deliberazione Nr. **001034**

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

8. STORIA DELLE MODIFICHE

REV	Data	Descrizione delle modifiche
00	Nov 2017	Prima emissione

9. ALLEGATI

vd. pagine successive:

- Allegato A.1 alla DGR n. 27-3628 del 28.3.2012 (Indice di BRASS) [Modulo indicizzato a livello aziendale come: "Indice rischio sociale (SSA.MO.0943.00)"];
- Modulo allegato A.2 alla DGR n. 27-3628 del 28.3.2012 (Scheda riassuntiva dei bisogni di continuità assistenziale)
- Modulo allegato A DGR n.42-8390 del 10 marzo 2008 "Richiesta UVG"
- Modulo allegato B DGR n.42-8390 del 10 marzo 2008 "Scheda informativa sanitaria"

Pag. nr. 104 di 164 Deliberazione Nr. (001034)

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

Modulo allegato A.1 alla DGR n. 27-3628 del 28.3.2012 (Indice di BRASS)

[Modulo indicizzato a livello aziendale come: "Indice rischio sociale (SSA.MO.0943.00)"];

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Verce	MODULO	Indice rischio sociale (SSA.MO.0943.00).doc
		pagi/1

INDICE RISCHIO SOCIALE

Variabile	In autonomia 1	Con supporto rete familiare 2	Con supporto amici e conoscenti 3	Con supporto dei servizi sociali e/o volontariato 4	Non autonomo, solo senza alcun sostegno 5
Preparare pasti (cucinare, etc)					
Pulizia della casa					
Fare il bucato, stirare					
Procurarsi beni e servizi					
Prendersi cura della propria salute					
Lavarsi (bagno, asciugarsi)					
Cura delle singole parti del corpo					
Vestirsi					
Uso dei servizi igienici					
Assumere i medicinali					
Camminare e spostarsi					
Uso del telefono					
Gestione del denaro					
Capacità di relazioni con l'esterno					
Assistenza diurna					
Assistenza notturna					

PUNTEGGIO INDICE DI RISCHIO SOCIALE		
Basso: 1-16	Soggetti a basso rischio sociale che possono rientrare a domicilio o Struttura Protetta dopo la dimissione	
Medio: 17-48	Soggetti a medio rischio sociale che richiedono pianificazione della dimissione e sostegno per il rientro a domicilio/Struttura Protetta	
Alte: 49-90	Soggetti ad alto rischio sociale richiedono l'attivazione di servizi e interventi atti a ricostruire una rete sociale. Richiedono continuità di cure, criticità per la dimissione.	

Data _____

Firma dell'Assistente Sociale _____

Stesura: Dr.ssa M. Serra - Coordinatore assistente Sociale - Aprile 2012	Verifica: Dr.ssa L. Perugini - Responsabile Servizio Sociale Aziendale - Maggio 2012	Autonizzazione: Dr.ssa L. Perugini - Responsabile Servizio Sociale Aziendale - Maggio 2012	Emissione: Dr.ssa M. Serra - Coordinatore assistente Sociale - Agosto 2012
--	--	--	--

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

Pag. nr. 105 di 144 Deliberazione Nr. (001034)

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
 Direttore S.C. DISTRETTO
 Dr.ssa Francesca Gallone

ASL VC	Case Salute e Continuità Assistenziale (DIS.IL.2209.00).doc	7/18
--------	---	------

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

Modulo allegato A.2 alla DGR n. 27-3628 del 28.3.2012 (Scheda riassuntiva dei bisogni di continuità assistenziale)

ALLEGATO A.2

**SCHEDA RIASSUNTIVA DEI BISOGNI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
UTILIZZATA ESCLUSIVAMENTE PER I PAZIENTI CON INDICE DI BRASS
SUPERIORE A 10**

Cognome e nome
 Data e luogo di nascita
 Indirizzo /Residenza / recapiti telefonici:
 Domicilio (se diverso dalla residenza)
 Medico di medicina generale (e recapito telefonico)

FASE 1 : i campi sono compilati a cura del reparto ospedaliero. A compilazione avvenuta la scheda è trasmessa al NOCC (Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure) per il suo successivo invio al Distretto per la parte di competenza.

RICOVERATO PRESSO IL REPARTO DI : **DAL :**
 PROVENIENTE DA : CASA LAVORO ALTRO OSPEDALE - RSA - ALTRA REGIONE
 CON 11a

APR:

APP

INDICE DI BRASS:

PROFLO DI AUTONOMIA SECONDO INDICE DI BARTHEL MODIFICATO

	A	B	C	D	E	Valutazione prima dell'attuale ricovero
Totale incapacità a compiere azioni (anche con aiuto)	0	1	2	3	4	5
Grado personale						

[Handwritten signature]
10

Pag. nr. 106 di 144 Deliberazione Nr. (00) **1034**

REGIONE PIEMONTE
 A.S.L. "VC"
 Direttore S.C. DISTRETTO
 Dr.ssa Francesca Galone

Fare i bagni	0	1	2	3	4	5
Non bagno	0	2	4	6	8	10
Usare il WC	0	2	4	6	8	10
Fare le scale	0	2	4	6	8	10
Vestirsi	0	2	4	6	8	10
Controllare urine	0	2	4	6	8	10
Controllare altri	0	2	4	6	8	10
Camminare	0	2	4	6	8	10
Trasferirsi	0	2	4	6	8	10
Capacità	0	2	4	6	8	10
Totale (0/100)						

completare anche se incapace di camminare

La tabella seguente indica i livelli di dipendenza (con i relativi carichi assistenziali)

Categoria	Punteggi totali Indica Euro di modulazione	Livello di dipendenza
1	0-24	TOTALE
2	25-49	SEVERA
3	50-74	MODERATA
4	75-90	LIEVE
5	91-100	MINIMA

CONDIZIONI DI VITA/SUPPORTO SOCIALE

➤ **COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE :**
(indicare se sono presenti minori/persona disabili/persona con problemi comportamentali)

➤ **PERSONA INDICATA COME CAREGIVER (che si potrà prendere cura della persona assistita al rientro a domicilio)**

Figlio/a :	Tel:	per ore
Coniuge:	Tel:	per ore
Badante (già assunto):	Tel:	per ore
Altre figure	Tel:	Per ore

➤ **CONDIZIONE LAVORATIVA:**

- In pensione
- Inabilità lavorativa/disoccupato
- Lavoratore dipendente
- Lavoratore autonomo
- Studente

➤ **STATI DI DIPENDENZA DA SOSTANZE**

- Nessuna dipendenza
- Soggetto da SERT/CAT per :
- Non seguito al SERT/CAT ma in stato di dipendenza da:

➤ **SITUAZIONE ABITATIVA CRITICA**

- Soggetto senza fissa dimora/straniero senza permesso di soggiorno
- Sfratto in corso
- Domiciliato in alloggio affollato/so con barriere architettoniche

➤ **DIRITTI PREVIDENZIALI**

- Invalidità civile accertata
- Invalidità civile richiesta
- Invalidità civile da richiedere
- Unità valutativa Multidimensionale eseguita
- UVM richiesta ma ancora da eseguire



Pag. nr. 107 di 164 Deliberazione Nr. **001034**

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

<input type="checkbox"/> Residente in comunità	eseguire
<input type="checkbox"/> Residente in altro comune/provincia/regione	<input type="checkbox"/> UVM mai richiesta

Prima ipotesi di Piano di dimissione da attivare durante la degenza	
<input type="checkbox"/>	Dimissione ordinaria
<input type="checkbox"/>	Educazione-istruzione del paziente e della famiglia/bodanto
<input type="checkbox"/>	Attivazione dell'Assistenza Domiciliare programmata o Integrata
<input type="checkbox"/>	Attivazione del servizio di cure palliative
<input type="checkbox"/>	Attivazione del servizio sociale territoriale con segnalazione per attivazione di centri diurno, CSM, SERT, CAT.. ecc..)
<input type="checkbox"/>	Richiesta di ricovero in struttura di riabilitazione e/o lungodegenza
<input type="checkbox"/>	Ricovero in posti di continuità assistenziale previa richiesta di UVM

FASE 2: i campi sono compilati a cura del Distretto. A compilazione avvenuta la scheda è restituita al NOCC (Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure) che provvederà a metterla a disposizione del reparto presso il quale è ricoverato il paziente.

<p>NOTIZIE DAL MMG</p> <p>Utente dimesso dal presidio ospedaliero che ritorna in DEA dopo 7-15 gg di permanenza a domicilio per</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Riaccutizzazione di patologia <input type="checkbox"/> Insorgenza di nuova patologia <p>Utente in fase avanzata di malattia</p> <p>NOTIZIE DAL SERVIZIO SOCIALI</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> In carico al servizio sociale territoriale <p>UTENTE IN CARICO ALLA GERIATRIA TERRITORIALE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Con PAI per lungoassistenza familiare <input type="checkbox"/> In attesa di PAI per lungoassistenza <input type="checkbox"/> In attesa di residenzialità <p>NOTIZIE DAI SERVIZI DI CURA DOMICILIARI</p> <p>Già in carico al servizio di cure domiciliari:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SID <input type="checkbox"/> ADI



12

Pag. nr. 100 di 144 Deliberazione Nr. (00) **1034**

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S. O. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

FASE 3: I campi sono compilati a cura del reparto presso il quale è ricoverato il paziente. A compilazione avvenuta la scheda è restituita al NOCC (Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure) che provvederà ad inviarla al Distretto - Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure.

PROFILO DI AUTONOMIA: INDICE DI BARTHEL MODIFICATO

	A Totale incapacità a compiere azioni (anche con aiuto)	D Necessità di aiuto importante (completa incapacità senza aiuto)	G Richiede aiuto moderato (per portare a termine il compito)	D Richiede aiuto minimo e supervisione passiva	E Totale Indipendenza	data
Igiene personale	0	1	3	4	5	
Fare il bagno	0	1	3	4	5	
Mangiare	0	2	5	8	10	
Usare il WC	0	2	5	8	10	
Far le scale	0	2	5	8	10	
Vestirsi	0	2	5	8	10	
Controllo urine	0	2	5	8	10	
Controllo alvc	0	2	5	8	10	
Camminare	0	3	8	12	15	
Trasferimenti	0	3	8	12	15	
Carrozzina	0	1	3	4	5	
Totale(0/100)	→	→	→	→	→	

*compilare solo su incapace di camminare

> La tabella seguente indica i livelli di dipendenza con i relativi carichi assistenziali

RICOVERATO PRESSO S.C. DAL

CON DIAGNOSI MEDICA

.....

SINTESI CLINICA

.....

TERAPIA DA PROSEGUIRE ALLA DIMISSIONE

□

□

□

Medico di riferimento tel.

Data e firma



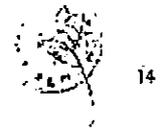
Pag. nr. 109 di 164 Deliberazione Nr. (001034)

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

Categorie	Punteggi totali indice Barthel modificato	Livello di dipendenza
1	0-24	TOTALE
2	25-49	SEVERA
3	50-74	MODERATA
4	75-90	LIEVE
5	91-99	MINIMA

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

<p>Stato di coscienza - comportamento</p> <p>Comunicazione</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Orientato <input type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Saporoso <input type="checkbox"/> Comportamento Appropriato <input type="checkbox"/> Comportamento Agitato <input type="checkbox"/> Vagabondaggio <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Disturbi del linguaggio <input type="checkbox"/> Non conoscenza della lingua italiana 	<p>Deficit sensoriali :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> udito: <input type="checkbox"/> Vista: <p>Respirazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> superficiale e frequente <input type="checkbox"/> presenza di secrezioni bronchiali <input type="checkbox"/> problemi di saturazione <input type="checkbox"/> ossigenoterapia : <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no uso di V.meccanica
<p>Alimentazione</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Per via naturale <input type="checkbox"/> Per SNG : tipo <input type="checkbox"/> Per PEG . posizionata il : <input type="checkbox"/> NEF <input type="checkbox"/> NPT <p>Cute</p> <p>UDD : <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p>Ferite chirurgiche da medicare: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p>Ulcere vascolari: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Ulteriori specifiche sull'eliminazione</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Controllo del retto <input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Occasionale perdita del controllo <input type="checkbox"/> Incontinente <input type="checkbox"/> Stipsi <input type="checkbox"/> Manovre evacuanti manuali <input type="checkbox"/> Clisteri ogni <input type="checkbox"/> Lassativi : <input type="checkbox"/> Stomie: <p>Controllo della vescica</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Occasionale perdita del controllo <input type="checkbox"/> Incontinente <input type="checkbox"/> Catotore vescicale: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> tipo: _____ ch: <input type="checkbox"/> posizionato il: _____ <input type="checkbox"/> cateterismi ad intermittenza n° _____ eseguiti da :



Pag. nr. 10 di 144 Deliberazione Nr. (001034)

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa *Franca Gallone*

Medicazioni	ACCESSI VENOSI / elastomeri CVC tipo posizionato il CVP tipo posizionato il Elastomero:
Ausili già in uso a domicilio prima dell'attuale ricovero, presenti già a domicilio(a) da richiederlo (b) Richiesti in corso di ricovero (c) <input type="checkbox"/> letto articolato <input type="checkbox"/> sponde <input type="checkbox"/> materasso antidecubito <input type="checkbox"/> deambulatore <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> sol lava persone	Dolore <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Dolore episodico improvviso presente <input type="checkbox"/> Dolore episodico improvviso assente <input type="checkbox"/> Necessità <input type="checkbox"/> non necessità di terapia antidolorifica <input type="checkbox"/> VAS:

Karnofsky	ECOG	Descrizione
100	0	Capace di condurre una normale attività e una normale vita di relazione, senza alcuna restrizione
90	1	Capace di condurre una attività lavorativa leggera, in grado di affrontare cure ambulatoriali
80		
70	2	Incapace di compiere una attività lavorativa; capace di accudire a se stesso e di affrontare cure ambulatoriali, in riposo assoluto per meno del 50% delle ore diurna
60		
50	3	Limitato nell'accudire alla propria persona, costretto al letto per più del 50% delle ore diurna
40		
30	4	Totalmente costretto al letto, incapace di accudire a se stesso, necessità di continua assistenza.
20		
10		

Piano di dimissione	
<input type="checkbox"/>	Dimissione ordinaria
<input type="checkbox"/>	Educazione-istruzione del paziente o della famiglia/badante
<input type="checkbox"/>	Attivazione dell'Assistenza Domiciliare programmata o integrata
<input type="checkbox"/>	Attivazione del servizio di cure palliative
<input type="checkbox"/>	Attivazione del servizio sociale territoriale con segnalazione per attivazione di centri diurni, CSM, SFRT, CAT, ecc.)
<input type="checkbox"/>	Richiesta di ricovero in struttura di riabilitazione e/o lungodegenza
<input type="checkbox"/>	Ricovero in posti di continuità assistenziale previa richiesta di UVM

Pag. nr. M di 144 Deliberazione Nr. (001034)

REGIONE PIEMONTE
 A.S.L. "VC"
 Direttore S.C. DISTRETTO
 Dr.ssa Francesca Gallone

Modulo allegato A DGR n.42-8390 del 10 marzo 2008 "Richiesta UVG"

Bollettino Ufficiale Regione Piemonte - Parte I e II

3° Supplemento al numero 11 - 14 marzo 2008

Allegato A

ALLA UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.) dell'A.S.L.
(Ufficio di Direzione dell'U.V.G.)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____
residente a _____ Prov. _____
via/piazza _____ n° _____ telefono _____

In qualità di: diretto interessato tutore amministratore di sostegno
CHIEDE CHE
il sottoscritto (se diretto interessato) / la persona sottoindicata (nell'apposito riquadro)
sia sottoposta a Valutazione Multidimensionale da codesta U.V.G. per la definizione di un Progetto
socio-sanitario

in qualità di:
 convivente (specificare) _____
 prossimo congiunto (specificare grado di parentela) _____
 altro (specificare) _____
SEGNA LA
la persona sotto indicata (nell'apposito riquadro), affinché codesta U.V.G. sottoponga la medesima a
Valutazione Multidimensionale, al fine della definizione di un Progetto socio-sanitario

- Interventi domiciliari socio sanitari
- Inserimento in Centro Diurno
- Inserimento in Struttura Residenziale

(Il riquadro successivo non deve essere compilato se la domanda è presentata dal diretto interessato, in
quanto i dati richiesti sono già stati compilati)

Il/lo sig./ra _____
nato/a _____ il ____/____/____
residente a _____ Cap. _____
Via/Piazza _____ n° _____ tel. _____

stato civile _____ Codice fiscale _____

domiciliato a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n° _____

Medico Curante: _____ tel. _____

Se la persona è già ricoverata in struttura residenziale, indicare la residenza precedente:

Richiesta di valutazione

8

Pag. nr. 112 di 114 Deliberazione Nr. (001034)

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

A tal fine:

- *Consapevole della responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.*
- *Informata, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione geriatrica: i dati saranno comunicati solo all'interessato e ad altri soggetti di cui all'art.84 del citato D.Lgs.196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Lei può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria U.V.G.*

C.O.M.U.N.I.C.A CHE

Il/la suddetto/a Sig./Sig.ra _____

riceve o ha ricevuto interventi da

Servizio sanitario	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quale
Servizio sociale	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quale

Allega alla presente domanda la documentazione ritenuta di utilità per una migliore valutazione sanitaria e sociale.

C.H.I.E.D.E CHE

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____
Via / piazza _____
Comune _____ CAP _____

CONSENSO

Ricevuta l'informativa e consapevole della modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli articoli B1 e B2 Codice Privacy 2003, presta il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili.

Data ____ / ____ / _____ Firma _____

(firmare e firmare di deposito e archivio leconcordo)

N.B. In caso di variazione di domicilio o rinuncia, deve essere data tempestiva comunicazione alla segreteria dell'U.V.G. al seguente numero telefonico _____

Richiesta di valutazione

Modulo allegato B DGR n.42-8390 del 10 marzo 2008 "Scheda informativa sanitaria"

Bollettino Ufficiale Regione Piemonte - Parte I - II

3° Supplemento al numero 11 - 13 marzo 2008

Allegato B

SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA

Cognome	Nome
Luogo	Data di nascita
Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Terapia in atto: _____ _____ _____ _____ _____	

Allegato B - Scheda Informativa

Pag. nr. 14 di 14 Deliberazione Nr. **001034**

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

CONDIZIONI ATTUALI

DEFICIT SENSORIALI:

grave deficit visivo (anche con correzione)

grave deficit uditivo (anche con correzione)

Nota _____

DEAMBULAZIONE:

normale

canna con aiuto e assistenza

presenta rischio di caduta

costretto a letto, poltrona o carrozzella

Nota _____

INCONTINENZA si no

Urinario saltuoria permanente

Fecale saltuoria permanente

Catetere vescicale colostomia

Nota _____

ALIMENTAZIONE

autonoma

deve essere imbeccato

presenta disfezie

presenza di PEG

Presenza di magrezza patologica si no

Nota _____

DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di _____

Instabilità motoria si no

Deficit equilibrio si no

Tendenza alle cadute si no

Nota _____

Allegato D - Scheda Informativa

Pag. nr. 115 di 164 Deliberazione Nr. **001034**

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE

Disturbi importanti della memoria si no
 Orientamento tempo/spaziale normale patologico
 Episodi di disorientamento 1/s si no
 Disorientamento costante si no
 Disturbi della parola si no
 Disturbi della comunicazione si no

Nota _____

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Agitazione psico-motoria costante saltuaria
 Aggressività verbale fisica
 Deambulazione afindistica fughe wandering
 Insonnia
 Inversione del ritmo sonno/veglia

Utilizzo di psicofarmaci (specificare) _____

TONO DELL'UMORE normale depresso euforico

Pratica / ha praticato terapie antidepressive si no

Nota _____

PRESENZA DI LESIONI CUTANEE si no

Sedi e attuali medicazioni _____

ALLERGIE _____

OSSERVAZIONI

Data di compilazione _____

Timbro e firma leggibile:
 MNS/Medico Curante _____

Allegato 18 - Scheda Informativa



**Protocollo operativo di raccordo delle Case della Salute con i Servizi Socio-sanitari
e con l'area socioassistenziale**

	<i>Nominativo</i>	<i>Funzione</i>	<i>Data</i>	<i>Firma/evidenza di approvazione</i>
Stesura	Dott.ssa Laura Spunton	Assistente Sociale Settore Residenzialità S.C. Distretto	1 Ottobre 2017	<i>Laura Spunton</i>
	Dr. Giuseppe Ferraris	Responsabile S.S. Residenzialità	1 Ottobre 2017	<i>Giuseppe Ferraris</i>
Verifica	Dr. Paolo Rasmini	Direttore SC Neuropsichiatria Infantile	Ottobre 2017	<i>Paolo Rasmini</i>
	Dr. Giuseppe Saglio	Direttore SC Psichiatria	Ottobre 2017	<i>Giuseppe Saglio</i>
	Dott.sa Patrizia Colombari	Dirigente Psicologo ff Resp.SSDPsicologia	Ottobre 2017	<i>Patrizia Colombari</i>
	Dott.ssa Alessandra Turchetti	CPSE Consulteri	Ottobre 2017	<i>Alessandra Turchetti</i>
	Dr. Vittorio Petrino	Direttore Ser.D.	Ottobre 2017	<i>Vittorio Petrino</i>
	Dott.sa Lorella Perugini	Responsabile Servizio Sociale Aziendale	Ottobre 2017	<i>Lorella Perugini</i>
	Dott.ssa Francesca Gallone	Direttore S.C. Distretto	Ottobre 2017	<i>Francesca Gallone</i>
	Dr. Arturo Pasqualucci	Direttore Sanitario	Ottobre 2017	<i>Arturo Pasqualucci</i>
	Dott.ssa-Isabella Perucca	CPSE SS.Qualità	Ottobre 2017	<i>Isabella Perucca</i>
	Autorizzazione	Dott.ssa Chiara Serpieri	Direttore Generale	8 novembre 2017
Emissione	Dott.ssa Francesca Gallone	Direttore S.C. Distretto	8 novembre 2017	<i>Francesca Gallone</i>

Data di applicazione	09 Novembre 2017
REV.	00

001034

Pag. nr. 117 di 114 Deliberazione Nr. ()

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

Francesca Gallone



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

ISTRUZIONE DI LAVORO

CAP Santhià e area
socioassistenziale (DISVC.
IL. 1444.00)

pag2/28

1. PREMESSA	3
2. SCOPO	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
4. DEFINIZIONI ED ACRONIMI	5
5. MODALITÀ OPERATIVE	5
5.1 Accesso ai servizi socio-sanitari per anziani non autosufficienti e disabili	5
5.2 Accesso al Consultorio Familiare, NPI, SERD e Psichiatria	6
5.3 Accesso ai Servizi Socio-Assistenziali	6
6. RESPONSABILITÀ	7
7. RIFERIMENTI.....	7
8. STORIA DELLE MODIFICHE.....	8
9. ALLEGATI	8
Allegato 1: Scheda informativa sanitaria a cura del MMG ai sensi della DD. 381 del 30 giugno 2016	9
Allegato 2: Recapiti e bacino d'utenza degli Enti Gestori dei servizi sociali attivi sul territorio dell'ASL VC	17
Allegato 3: Scheda informativa per il primo contatto del MMG/PLS con il servizio di Neuropsichiatria Infantile.....	19
Allegato 4: Scheda informativa per il primo contatto del MMG/PLS con il Dipartimento di Salute Mentale.....	20
Allegato 5: Scheda informativa per il primo contatto del MMG/PLS con il servizio di Psicologia... ..	21
Allegato 6: Scheda informativa per il primo contatto del MMG/PLS con il Ser.D. (Servizio Dipendenze)	23
Allegato 7: Scheda informativa per il primo contatto del MMG/PLS con il Servizio Sociale Aziendale e gli Sportelli Unici Socio Sanitari SUSS.....	25
Allegato 8: Scheda informativa per il primo contatto del MMG/PLS con il Consultorio	27

1. PREMESSA

La Giunta Regionale, con proprio atto deliberativo n.26-1653 del 29.6.2015 avente per oggetto "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n.1-600 del 19.11.2014 e s.m.i." ha individuato le direttrici del nuovo modello organizzativo della rete territoriale.

Con D.G.R. n.3-4287 del 29 novembre 2016 ad oggetto "Interventi regionali e linee di indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria attraverso la sperimentazione delle Case della Salute" la Giunta Regionale ha approvato le "Linee di indirizzo per l'avvio e lo sviluppo del modello sperimentale di Assistenza Primaria:le Case della Salute" individuando nel Distretto l'articolazione aziendale per il governo della domanda a fronte del bisogno espresso dal territorio e garante dell'unitarietà gestionale dei servizi sanitari in ciascun ambito territoriale dell'ASL e nel sistema dell'Assistenza Primaria la continuità delle cure attraverso la presenza capillare sul territorio distrettuale, il rapporto diretto con la popolazione e la funzione di filtro, in coordinamento con l'area socio-sanitaria e socio-assistenziale per intercettare e rispondere appropriatamente ai bisogni della popolazione di riferimento, con particolare riferimento alle patologie croniche a maggior impatto sociale.

Le Case della Salute si configurano pertanto come una riorganizzazione delle cure primarie nella prospettiva di superamento della frammentazione organizzativa della rete territoriale e del tradizionale approccio duale medico-paziente, non più funzionale ad un sistema sanitario efficace; la direzione tracciata è quella di un approccio integrato e multiprofessionale che metta in collegamento tutte le componenti della salute nelle sue ricadute fisiche, psichiche e sociali e sia in grado di gestire le risorse del SSR secondo criteri di continuità e di appropriatezza.

Il buon funzionamento delle Case della Salute non può pertanto prescindere dalla condivisione tra i diversi attori di un modello di salute dal quale discendano applicazioni operative sostenibili e di provata efficacia.

A tale proposito il Chronic Care Model (CCM) può essere considerato un punto di riferimento per l'organizzazione delle Case della Salute in quanto l'approccio integrato e l'apertura alla partecipazione del paziente in ogni fase del percorso assistenziale e della comunità sembra ben esprimere l'auspicato passaggio dalla "medicina d'attesa" alla "medicina di iniziativa".

ASL VC	Case Salute e socioassistenziale (DIS. IL.2210.00)	3/28
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

2. SCOPO

Considerato quanto in premessa, il presente documento si prefigge lo scopo di facilitare il raccordo tra l'area MMG/PLS/Specialisti delle CS con:

- i servizi socio-sanitari di cui al DPCM 14.02.2001 di competenza integrata Distretto - Enti Gestori relativi alla valutazione multidimensionale e alla progettazione di interventi residenziali, semiresidenziali e domiciliari con compartecipazione ai costi ai sensi del DPCM 29 novembre 2001;
- i servizi dell'ASL ad elevata integrazione socio-sanitaria: materno infantile (Consultori), Servizio di Psicologia, Neuropsichiatria Infantile, Servizio Sociale Aziendale, Dipartimento delle dipendenze e psichiatria;
- i servizi socio-assistenziali degli Enti Gestori: Servizio Sociale professionale e segretariato sociale, azioni di contrasto alla povertà, emergenza abitativa, tutela minori/incapaci; affidamenti e adozioni; sostegno alle responsabilità familiari, promozione dell'inserimento scolastico e lavorativo per soggetti fragili, istituiti ai sensi della L.R. 1/2004.

In particolare definisce: chi sono i soggetti coinvolti; quali le modalità operative affinché i MMG delle CS possano rilevare/segnalare/condividere la presa in carico di pazienti che presentino, oltre a problemi di salute psico-fisica, caratteristiche personali e ambientali tali da richiedere interventi socio-sanitari e/o socio-assistenziali.

Oltre alla presa in carico di situazioni di bisogno, il raccordo tra le CS e i Servizi Sociali è finalizzato anche alla costruzione di iniziative condivise di promozione della salute.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Gli utenti a cui si applica il contenuto del presente documento sono tutti i soggetti in cui ha rilievo anche la componente sociale dell'assistenza, ovvero:

- gli anziani non autosufficienti;
- gli utenti disabili;
- le donne vittime di maltrattamento;
- i minori affetti da disturbi della condotta alimentare, disturbi dell'apprendimento, disturbi comportamentali, segni di maltrattamento, trascuratezza, abuso;
- gli adulti con problemi di dipendenza/disturbi psichiatrici.

I principali servizi coinvolti sono:

- l'area di assistenza primaria delle CS (MMG/PLS);
- lo Sportello Unico Socio Sanitario (SUSS);
- Servizio Sociale Aziendale;
- il Consultorio Familiare;
- la Neuropsichiatria Infantile;
- il Servizio di Psicologia;
- il SerD/Servizio Alcolologia;
- il Dipartimento di Salute Mentale;
- gli Enti Gestori del territorio dell'ASLVC.

ASL VC	Case Salute e socioassistenziale (DIS. IL.2210.00)	4/28
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

4. DEFINIZIONI ED ACRONIMI

- CS: Casa della Salute
- CCM: Chronic Care Model
- CISAS: Consorzio Intercomunale Servizi di Assistenza Sociale
- MMG: medico di medicina generale
- PLS: pediatra di libera scelta
- NPI: Neuropsichiatria Infantile
- SERD: Servizio Dipendenze
- UVG: Unità di Valutazione Geriatrica
- UMVD: Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità
- SUSS: Sportello Unico Socio-Sanitario

5. MODALITÀ OPERATIVE

5.1 Accesso ai servizi socio-sanitari per anziani non autosufficienti e disabili

Il Medico di Assistenza Primaria svolge un ruolo importante nell'orientamento del cittadino ai percorsi assistenziali e terapeutici appropriati; ciò vale anche per i percorsi socio-sanitari che richiedono la valutazione di bisogni complessi e la predisposizione di progetti individualizzati di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare, di cui alle DGR 39-11190/2009, DGR 45-4248/2012, DGR 56-1332/2010, DGR 26-13680/2010, DGR 34-3309 del 16 maggio 2016.

Il MMG svolge una funzione di filtro rispetto alle richieste degli utenti e fornisce le informazioni per l'avvio della procedura di valutazione UVG/UMVD ai sensi della normativa vigente; tale funzione è nello specifico rafforzata dalla DGR 14-5999 del 25 giugno 2013, che appunto individua nel Medico di Famiglia il primo punto di riferimento per il cittadino con problemi connessi alla non autosufficienza.

Il MMG, pertanto:

- fornisce le corrette informazioni sui criteri di accesso alle prestazioni residenziali/semiresidenziali/domiciliari;
- compila la scheda sanitaria allegata al modulo di istanza UVG ex DD 381 del 30 giugno 2016 (allegato 1);
- invia i cittadini, muniti della scheda informativa sanitaria, di cui al punto precedente, allo Sportello Unico Socio-Sanitario;
- per le situazioni in cui si riscontra una difficoltà di accesso dell'utente al SUSS, ad esempio per soggetti privi di rete familiare e impossibilitati a espletare l'istanza UVG/UMVD, il MMG contatta per le vie brevi il Servizio Sociale di riferimento e invia una comunicazione via mail al Settore Fragilità del Distretto (indirizzo mail dedicato: settore.fragilita@aslvc.piemonte.it) che provvede all'attivazione della rete.

Il MMG ha la facoltà di presenziare alle sedute delle Commissioni UVG/UMVD in ordine alla presentazione dei progetti relativi a propri assistiti. La Commissione UVG comunica al MMG copia dell'esito della valutazione che farà parte della cartella condivisa.

ASL VC	Case Salute e socioassistenziale (DIS. IL.2210.00)	5/28
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

Il SUSS:

- accoglie e orienta il cittadino fragile, fornendo informazioni sull'accesso ai servizi sociali degli Enti Gestori e sanitari dell'ASL nonché sui percorsi integrati socio-sanitari;
- provvede al ricevimento dell'istanza su appositi moduli e la inoltra alla Segreteria del Settore Fragilità del Distretto
- collabora con i MMG nel facilitare la presa in carico delle situazioni di maggiore complessità

5.2 Accesso al Consultorio Familiare, NPI, SERD e Psichiatria

Il MMG/PLS fornisce le informazioni utili per l'accesso ai Servizi dell'area materno infantile (Consultorio e NPI) e del Dipartimento di Salute Mentale, delle Dipendenze, e Psicologia ai pazienti nei quali rileva uno specifico bisogno di salute attinente a tali ambiti operativi.

Nei casi in cui lo ritenga necessario può contattare direttamente il Servizio interessato (vd. allegate schede di contatto dei servizi ad uso dei MMG/PLS).

5.3 Accesso ai Servizi Socio-Assistenziali

Ai sensi della L.R n. 1 del 2004, le funzioni socio-assistenziali sono di competenza dei Comuni che le esercitano in forma diretta ovvero in forme associate quali le Associazioni di Comuni, i Consorzi e l'Unione Montana.

Nel territorio dell'ASL VC sono presenti i seguenti Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali:

- Comune di Vercelli e Comuni Associati: gestione diretta del Comune di Vercelli con associazione dei Comuni limitrofi;
- Consorzio Intercomunale dei Servizi Sociali (CISAS): Comune capofila Santhià;
- Consorzio Assistenziale Servizi: Comune capofila Gattinara
- Unione Montana dei Comuni della Valsesia

I rapporti tra ASL e gli altri Enti Gestori dei Servizi Sociali del territorio, sono definiti nelle linee di indirizzo dalla convenzione assunta con deliberazione del Direttore Generale; nel quadro generale dei rapporti così definiti, si può evidenziare per il futuro la necessità di concordare modalità più strutturate di raccordo tra Servizi Sociali e CS (es. presenza per alcune ore settimanali dell'Assistente Sociale nella CS, come suggerisce la normativa regionale).

Fin da ora è possibile definire una procedura per la presa in carico integrata di casi che necessitano di un supporto specifico nelle aree di intervento di competenza socio-assistenziale: interventi per soggetti in condizione di povertà, situazioni abitative precarie, soggetti fragili privi di rete familiare, persone in condizione di disagio e rischio di emarginazione o altro. In presenza di queste problematiche il MMG può:

- richiedere la consulenza sociale professionale all'Assistente Sociale presso lo Sportello Unico Socio-Sanitario presente presso la CS o nel punto più vicino. L'Assistente Sociale e il Medico segnalante concordano di volta in volta modalità di incontro per approfondimento sui casi, considerando che la presa in carico dell'utente problematico non può essere isolata, ma richiede l'impegno congiunto di tutti i professionisti coinvolti;
- segnalare il caso al Direttore dell'Ente di Servizio Sociale utilizzando la scheda allegata (2) dandone informazione all'utente per il consenso informato ai sensi della normativa vigente e facilitando i contatti tra l'utente e il Servizio Sociale.

La segnalazione di problematiche socio-assistenziali nel paziente fragile è estremamente utile per la presa in carico precoce di situazioni che potrebbero evolvere verso uno scompenso del quadro clinico

ASL VC	Case Salute e socioassistenziale (DIS. IL.2210.00)	6/28
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

generale e determinare un' urgenza sia sotto il profilo sanitario che sociale; pertanto la segnalazione non è da intendersi come "adempimento" ma come atto terapeutico che tutela la salute dell'utente e consente ai servizi di attivarsi secondo una progettazione condivisa anziché sulla pressione del caso urgente.

Nell'ottica di una medicina di iniziativa, la CS intende costituire un punto di riferimento per l'implementazione di tutte le iniziative di carattere socio-assistenziale a forte ricaduta sanitaria e per le attività di **Promozione della salute** a diversi livelli, collaborando con gli Enti Gestori dei Servizi Sociali e con il Servizio Sociale Aziendale (stili di vita, prevenzione incidenti domestici, sostegno all'allattamento al seno, screening di prevenzione oncologica, prevenzione malattie sessualmente trasmissibili e gravidanze indesiderate).

6. RESPONSABILITÀ

Ad integrazione delle responsabilità specifiche individuate in "Modalità operativa" si precisano le seguenti responsabilità in capo alle seguenti figure professionali:

Funzione responsabile	Attività
Dirigente Medico Referente Casa della Salute	Diffusione di questo documento tra il personale operante nelle C.S. Verifica affinché quanto riportato nel documento sia osservato dal personale

7. RIFERIMENTI

- L. 328 dell'8 novembre 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- DPCM 14 febbraio 2001. "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"
- DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
- L.R. 1 dell'8 gennaio 2004 "Norme per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento";
- DGR 42-8390 del 10.3.2008 "Cartella geriatria dell'UVG e linee guida del piano assistenziale individuale. Modifica e integrazione della DGR 17-15226/2005 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale sociosanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti e della DGR n. 14-26366/1998 "Deliberazione settoriale attuativa del progetto obiettivo tutela della salute degli anziani. UVG""
- DGR 39-11190 del 6 aprile 2009 "Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungoassistenza di persone anziane non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare di cui alla DGR n. 37-6500 del 23.07.2007";
- DGR 56-1332 del 15 febbraio 2010 "Assegnazione risorse a sostegno della domiciliarità per non autosufficienza in lungoassistenza a favore di anziani e persone con disabilità inferiore a 65 anni. Modifiche e integrazioni alla DGR 39-11190 del 6 aprile 2009";
- DGR 26- 13680 del 29 marzo 2010 "Approvazione delle linee guida sul funzionamento delle Unità Multidisciplinari di Valutazione della Disabilità (UMVD)";
- DGR 69-481 del 2 agosto 2010, "Modifiche e integrazioni della DGR 42-8390 del 10 marzo 2009, della DGR 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., della DGR 55-13238 del 3 agosto e DGR 44-12758 del 17 dicembre 2009;
- DGR 44-1615 del 28 Febbraio 2011 "Adozione dell'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, commi da 93 a 97, della legge 23 dicembre 2009 n. 191."
- D.C.R. n. 167-14087 del 3 aprile 2012: Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2015;

ASL VC	Case Salute e socioassistenziale (DIS. IL.2210.00)	7/28
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

- DGR 14-5999 del 25 giugno 2013 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;
- DGR 45-4248 del 30 luglio 2012 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitario a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifiche DGR n. 25-12129 del 14.09.2009 e DGR 35-9199 del 14.07.2008. Revoca precedenti deliberazioni";
- DGR n. 26-1653 del 29/06/2015 "Interventi di riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R.n.1-600 del 19/11/2014 e s.m.i."
- DGR n.3-4287 del 29/11/2016 "Interventi regionali e linee di indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria,attraverso la sperimentazione delle Case della Salute"
- D.D n. 438 del 30/06/2017 ad oggetto "DGR n.3-4287 del 29.11.2016 -- Valutazione dei progetti ASL e indirizzi per l'avvio e il monitoraggio della sperimentazione".
- Thomas Bodenheimer,MD; Edward Wagner, MD,MPH; Kevin Grumbach, MD, JAMA 2002;288(15)1909-1014 : "Improving Primary Care for patients with Chronic Illness: The Chronic care model"

8. STORIA DELLE MODIFICHE

REV	Data	Descrizione delle modifiche
00	Nov 2017	Prima emissione

9. ALLEGATI

vd. pagine seguenti

- **Allegato 1:** Scheda informativa sanitaria a cura del MMG ai sensi della D.D.381 del 30 giugno 2016
- **Allegato 2:** Recapiti e bacino d'utenza degli Enti Gestori sei servizi sociali attivi sul territorio dell'ASL VC
- **Allegato 3:** Scheda informativa per il primo contatto del MMG/PLS con il servizio di Neuropsichiatria Infantile
- **Allegato 4:** Scheda informativa per il primo contatto del MMG/PLS con il servizio di Psichiatria
- **Allegato 5:** Scheda informativa per il primo contatto del MMG/PLS con il servizio di Psicologia
- **Allegato 6:** Scheda informativa per il primo contatto del MMG/PLS con il Ser.D (Servizio Tossicodipendenze)
- **Allegato 7:** Scheda informativa per il primo contatto del MMG/PLS con il Servizio Sociale Aziendale e gli Sportelli Unici Socio Sanitari (SUSS)
- **Allegato 8:** Scheda informativa per il primo contatto del MMG/PLS con il Consultorio

ASL VC	Case Salute e socioassistenziale (DIS. IL.2210.00)	8/28
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

Allegato 1: Scheda informativa sanitaria a cura del MMG ai sensi della DD. 381 del 30 giugno 2016

Cognome	Nome
Luogo	Data di nascita
<p><input type="checkbox"/> IL/LA PAZIENTE È A DOMICILIO</p> <p><input type="checkbox"/> IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SOCIO-SANITARIA</p> <p>SPECIFICARE _____ DAL ____/____/____</p> <p><input type="checkbox"/> IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SANITARIA (OSPEDALE, CASA DI CURA, CAVS, ...)</p> <p>SPECIFICARE _____ DAL ____/____/____</p> <p><input type="checkbox"/> la scheda informativa è stata compilata con il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria</p> <p><input type="checkbox"/> la scheda informativa è stata compilata senza il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria</p> <p>Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

CONDIZIONI ATTUALI

DEFICIT SENSORIALI:

- grave deficit visivo (anche con correzione)
- grave deficit uditivo (anche con correzione)

Nota

DEAMBULAZIONE:

- normale
- cammina con aiuto o assistenza
- presenta rischio di caduta
- costretto a letto, poltrona o carrozzella

Nota

INCONTINENZA sì no

- Urinaria saltuaria permanente
- Fecale saltuaria permanente
- Catetere vescicale

Nota

ALIMENTAZIONE

- autonoma
- deve essere imboccato
- presenta disfagia

ASL VC

Case Salute e socioassistenziale (DIS. IL.2210.00)

11/28

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

Presenza di magrezza patologica sì no

Presenza di obesità patologica sì no

Nota

DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di

Instabilità motoria sì no

Deficit equilibrio sì no

Tendenza alle cadute sì no

Nota

ASL VC

Case Salute e socioassistenziale (DIS. IL 2210.00)

12/28

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

Pag. nr. 128 di 144 Deliberazione Nr. (00), **1034**

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

ASL VC Case Salute e socioassistenziale (DIS. IL.2210.00) 13/28
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELLA AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.

Utilizzo di psicofarmaci (specificare)

Note

- Comportamento alimentare gravemente alterato sì no
- Rifiuto dell'assistenza sì no
- Alterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave sì no
- Comportamento socialmente inadeguato/disinibizione sì no
- Aggressività fisica sì no
- Attività motoria afinalistica (wandering, fughe) sì no
- Allucinazioni/deliri sì no
- Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto sì no
- Pone domande ripetitivamente sì no
- Aggressività verbale sì no

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Note

- Disturbi della comunicazione sì no
- Disturbi della parola sì no
- Disorientamento costante sì no
- Episodi di disorientamento t/s sì no
- se patologico*
- Orientamento tempo/spaziale normale patologico
- Disturbi importanti della memoria sì no

VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE

TONO DELL'UMORE normale depresso euforico

ha assunto terapie antidepressive nell'ultimo anno sì no

sta assumendo terapie antidepressive sì no

Note

ALLERGIE

TRATTAMENTI SPECIALISTICI

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Alimentazione parenterale | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| SNG/PEG | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Tracheostomia | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Respiratorie/Ventilazione Assistita | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Ossigenoterapia | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Dialisi | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Ulcere da decubito | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Gestione stomia (colon o altre) | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione) | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Gestione C.V.C. | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Gestione terapia con microinfusori /elastomeri | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Gestione cateterismo peridurale | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Drenaggi | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Trattamento riabilitativo post acuto | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Altro (specificare):

ASL VC

Case Salute e socioassistenziale (DIS. IL 2210.00)

15/28

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

Pag. nr. 131 di 144 Deliberazione Nr. (00) **1034**REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

Allegato 2: Recapiti e bacino d'utenza degli Enti Gestori dei servizi sociali attivi sul territorio dell'ASL VC

ENTI GESTORI DEI SERVIZI SOCIALI NELL'ASL VC

1) CISAS di SANTHIA'

Direttore: Dott. Andrea Lux

Indirizzo: Via dante Alighieri 10, Santhià

recapito telefonico: 0161- 936901, fax 0161-936928

indirizzo mail: cisassanthia@tin.it

Comuni dell'ambito: Alice Castello, Balocco, Bianzè, Borgo d'Ile, Buronzo, Caresana, Carisio, Cigliano, Costanzana, Crova, Giffenga, Lamporo, Livorno F.ris, Moncrivello, Motta Dei Conti, Pertengo, Pezzana, Salasco, San Germano V.se, San Giacomo V.se, Santhià, Stroppiana, Tronzano V.se, Viverone

2) COMUNE DI VERCELLI

Settore Politiche Sociali

Direttore: Dott. Roberto Riva Cambrino

Indirizzo . P.za del Municipio, Vercelli

Recapito telefonico: 0161-596514 / fax 0161/596517

Indirizzo mail: segreteria.politiche sociali@comune.vercelli.it

Comuni dell'ambito: Vercelli, Albano V.se, Arborio, Asigliano, Caresanablot, Casanova Elvo, Collobiano, Desana, Formigliana, Greggio, Lignana, Olcenengo, Oldenico, Prarolo, Quinto V.se, Ronsecco, Sali V.se, Tricerro, Villarboit, Villata, Vinzaglio

3) C.A.S.A. DI GATTINARA

Direttore: Dott.ssa Maura Alessandra Robba

Indirizzo: Via Marconi 102, Gattinara

Recapito telefonico: 0163-831100; fax 0163-831710

Indirizzo mail: segreteria@consorzioCasa.it

ASL VC	Case Salute e socioassistenziale (DIS. IL.2210.00)	17/28
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

Pag. nr. 133 di 164 Deliberazione Nr. (001034)

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. " VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

Comuni dell'ambito: Gattinara, Ghislarengo, Lenta, Lozzolo, Roasio, Serravalle Sesia, Grignasco, Romagnano Sesia, Sostegno

3) UNIONE MONTANA DEI COMUNI DELLA VALSESIA

Direttore: Dott.ssa Renata Antonini

Indirizzo: Via Roma 35, Varallo

Recapito telefonico: 0163-53800; fax 0163-52405

Indirizzo mail: servizisociali.cmvalsesia@ruparpiemonte.it

Comuni dell'ambito: Alagna, Balmuccia, Boccioleto, Borgosesia, Breia, Campertogno, Carcoforo, Cellio, Cervatto, Civiasco, Cravagliana, Fobello, Guardabosone, Mollia, Pila, Piada, Postua, Quarona, Rassa, Rima, Rimasco, Rimella, Riva Valdobbia, Valduggia, Varallo, Vocca

N.B. : alcuni comuni afferenti agli Enti Gestori dell'ASL VC non appartengono all'ASL VC: es. Lamporo e Viverone per quanto riguarda il CISAS

Altri Comuni afferenti all'ASL VC che non compaiono negli elenchi di cui sopra sono inglobati in altri Consorzi che hanno sede fuori dal territorio dell'ASL. In tal caso occorre fare riferimento al Settore Fragilità del Distretto di Vercelli.

Pertanto occorre verificare quale sia l'Ente Gestore di riferimento dell'utente, poiché la presa in carico avviene per interventi socio-sanitari e socio-assistenziali da parte dei Servizi Sociali avviene solo per i residenti del loro territorio.

ASL VC	Case Salute e socioassistenziale (DIS. IL.2210.00)	18/28
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

Pag. nr. 124 di 144 Deliberazione Nr. (**001034**)

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

Allegato 3: Scheda informativa per il primo contatto del MMG/PLS con il servizio di Neuropsichiatria Infantile

**STRUTTURA COMPLESSA
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

Responsabile:
Dr. Paolo Rasmini

Sede:

Città/paese	Indirizzo	Telefono ed e-mail	Orari Segreteria per appuntamenti
VERCELLI	Corso Mario Abbiate 21 Vercelli	0161/593672 npi.polosud@aslvc.piemonte.it	Dal martedì al venerdì dalle 8.00 alle 15.30
GATTINARA	Corso Vercelli 159 Gattinara	0163/822401 npi.polosud@aslvc.piemonte.it	Mercoledì Venerdì dalle 8.00 alle 15.30
VARALLO	Sede Via Prof. Calderini 2 Varallo	0163/568004 npi.polosud@aslvc.piemonte.it	Lunedì Martedì Giovedì dalle 8.00 alle 15.30

Breve descrizione degli interventi

- Follow-up neonatale, prevenzione diagnosi e cura delle patologie (sospette o accertate) di pertinenza neurologica, malattie genetiche, epilessia, cefalea, autismo, ritardo del linguaggio, ritardo mentale (con particolare attenzione alle segnalazioni in soggetti di età 0-3 anni), DSA, ADHD, sindromi psichiatriche (sospette o accertate);
- Attivazione e certificazione per disabilità

Per la I Visita accesso con prenotazione e ricetta da parte del MMG/PLS

ASL VC	Case Salute e socioassistenziale (DIS. IL.2210.00)	19/28
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

Allegato 4: Scheda informativa per il primo contatto del MMG/PLS con il Dipartimento di Salute Mentale

SC PSICHIATRIA - CENTRO DI SALUTE MENTALE

Responsabile:
Dr. Giuseppe SAGLIO

Sede:

Città/paese	Indirizzo	Telefono/e-mail	Orari apertura al pubblico
VERCELLI	Corso Mario Abbiate 21 Vercelli	0161/593900	Dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 17.00
BORGOSERIA	Via Marconi,30	0161/426855.426853	Dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 17.00. Sabato dalle ore 8.00 alle ore 16.00.

Breve descrizione degli interventi:

- Visita psichiatrica

Indicazioni sulle modalità di accesso:

- Prescrizione del MMG con prenotazione al n. 0161/593900-0163/426855 -426853

È prevista la presa in carico prioritaria/urgente:

- Sì, su indicazione del MMG

ASL VC	Case Salute e socioassistenziale (DIS. IL.2210.00)	20/28
--------	--	-------

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

Allegato 5: Scheda informativa per il primo contatto del MMG/PLS con il servizio di Psicologia

STRUTTURA COMPLESSA PSICOLOGIA

Responsabile (f.f.):

Dott.sa Patrizia Colombari

Sedi sotto descritte

PER UTENTI MINORI SOTTO I 14 ANNI				
Città/paese	Indirizzo	Telefono ed e-mail	Orari apertura al pubblico	Recapito per contatto da parte del MMG/PLS e Prenotazioni da parte dell'Utenza
VERCELLI/SANTHIA'	Largo Giusti, 13 – Vercelli Via Matteotti, 24 - Santhià	0161.593672 psicologia.vercelli@aslvc.piemonte.it	Gli Ambulatori sono aperti dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 16.30 Le visite sono previo appuntamento	0161/593672 Martedì, mercoledì, giovedì dalle 8.30 alle 12.30
GATTINARA	Corso Vercelli, 159	0163/ 822401 psicologia.vercelli@aslvc.piemonte.it	Gli Ambulatori sono aperti dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 16.30 Le visite sono previo appuntamento	0163/822401 Mercoledì e Venerdì dalle 8.30 alle 12.30
VARALLO	Casa della Salute – via Prof. Calderini, 2	0163.568004 psicologia.vercelli@aslvc.piemonte.it	Gli Ambulatori sono aperti dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 16.30 Le visite sono previo appuntamento	0163/568004 Lunedì, martedì, giovedì dalle 8.30 alle 12.30

PER UTENTI DAI 14 ANNI IN SU				
VERCELLI/SANTHÌÀ	Largo Giusti, 13 – Vercelli Via Matteotti, 24 - Santhià	0161.593676 <u>psicologia.vercelli@aslvc.piemonte.it</u>	Gli Ambulatori sono aperti dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 16.30 Le visite sono previo appuntamento	0161.593676 Lunedì dalle 9.00 alle 11.00 Giovedì dalle 14.00 alle 16.00
BORGOSIESIA/GATTINARA	Ospedale di Borgosesia Via A.F. Ilorini Mo n. 20 Corso Vercelli, 159- Gattinara	0163/426207 0163/426229 <u>psicologia.borgosesia@aslvc.piemonte.it</u>	Gli Ambulatori sono aperti dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 16.30 Le visite sono previo appuntamento	0163.426207 0163/426229 Martedì dalle 14.00 alle 16.00

Breve descrizione degli interventi

- consulenza psicologica;
- colloqui psicologici;
- percorsi di sostegno;
- somministrazione di test per utilizzo clinico

Indicazioni sulle modalità di accesso:

- Prescrizione del MMG con prenotazione presso numeri sopra indicati

È prevista la presa in carico prioritaria/urgente:

Non è prevista la presa in carico urgente.

È previsto il pagamento del ticket:
no per i minori; sì per gli adulti

ASL VC	Case Salute e socioassistenziale (DIS. IL 2210.00)	22/28
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

Allegato 6: Scheda informativa per il primo contatto del MMG/PLS con il Ser.D. (Servizio Dipendenze)

STRUTTURA COMPLESSA Ser.D.

Responsabile:
Dr. Vittorio Petrino

Sede:

Ser.T				
Città/paese	Indirizzo	Telefono/e-mail	Orari apertura al pubblico	Recapito per contatto da parte del MMG/PLS
BORGOSIESIA	Ospedale di Borgosesia - Via A.F. Ilorini Mo n. 20	0163.426200 -01-02-03-04-05 sert.borgosesia@aslvc.piemonte.it	Dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 16.00	0163/42613 Dal lunedì al venerdì Dalle ore 8.30 alle ore 16
VERCELLI	C.so M. Prestinari 193 13100 Vercelli	0161.250097 - 256257 sert.vercelli@aslvc.piemonte.it	Dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 16.00	0161.250097 - 256257 Dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 16.00
AMBULATORIO ALCOLOGIA				
SANTHÌÀ	Via Matteotti n 24	0161.929307	Dal lunedì al venerdì dalle 9.20 alle 16.30	0161.929307 Dal lunedì al venerdì dalle 9.20 alle 16.30

Breve descrizione degli interventi:

- prevenzione e cura degli stati di tossicodipendenza, alcolismo e dipendenze senza sostanze (gambling, gioco d'azzardo patologico, ecc.)

Indicazioni sulle modalità di accesso:

- Accesso libero nell'orario di ricevimento

ASL VC	Case Salute e socioassistenziale (DIS. IL.2210.00)	23/28
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

- Prenotazione senza prescrizione su ricettario regionale al n. 0161.426203-04-05 per tutte le dipendenze tranne dipendenza da alcool, per cui è attivo apposito servizio al n. 0161.929307

È prevista la presa in carico prioritaria/urgente: No

È previsto il pagamento del ticket: No

ASL VC	Case Salute e socioassistenziale (DIS. IL.2210.00)	24/28
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

Pag. nr. 140 di 144 Deliberazione Nr. (00) **1 034**

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallone

Allegato 7: Scheda informativa per il primo contatto del MMG/PLS con il Servizio Sociale Aziendale e gli Sportelli Unici Socio Sanitari SUSS

**SPORTELLO UNICO SOCIO SANITARIO SUSS
Servizio Sociale Aziendale**

Responsabile:
Dott.sa Lorella Perugini
Servizio Sociale Aziendale

Sedi SUSS

<p align="center">Servizio Sociale Aziendale presso il P.O. Sant'Andrea di Vercelli C.so M. Abbiate 21 Telefono: 0161/593503</p> <p><i>Orario: mercoledì dalle 11 alle 13</i></p>	<p align="center">Distretto di Vercelli Largo Giusti, 13 (c/o nuova Piastra Ambulatoriale) Telefono: 0161/593321</p> <p><i>Orario: martedì, giovedì e venerdì dalle 9 alle 12</i></p>
<p align="center">Comune di Vercelli Piazza del Municipio 5 - Vercelli Telefono: 0161/596514</p> <p><i>Orario: lunedì, martedì, giovedì e venerdì dalle 9 alle 12, mercoledì 14-16</i></p>	<p align="center">Cisas Santhià Via D. Alighieri, 10 - Santhià Telefono: 0161/936923-22</p> <p><i>Orario: dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 15,30</i></p>
<p align="center">Casa della Salute di Santhià via Matteotti n. 24 - Santhià Telefono: 0161/929216</p> <p><i>Orario: lunedì, martedì e giovedì dalle 9 alle 12</i></p>	<p align="center">Presidio Ospedaliero di Borgosesia S.S. Pietro e Paolo via A.F. Ilorini Mo n. 20 IV piano - Borgosesia Telefono: 0163/426719-20</p> <p><i>Orario: martedì e mercoledì dalle 9 alle 12</i></p>
<p align="center">Distretto di Borgosesia Via A.F. Ilorini Mo n. 20 piano terra Telefono: 0163/426701-02</p> <p><i>Orario: venerdì dalle 11 alle 13</i></p>	<p align="center">Casa della Salute di Gattinara C.so Vercelli 159 - Gattinara Telefono: 0163/822355</p> <p><i>Orario: lunedì e venerdì dalle 9 alle 12</i></p>
<p align="center">Casa della Salute di Coggiola Via G.Garibaldi n. 97 - Coggiola Telefono: 015/78354</p> <p><i>Orario: martedì dalle 9 alle 12</i></p>	<p align="center">Casa della Salute di Varallo Via Prof. Calderini n. 2 - Varallo Telefono: 0163/568013-14</p> <p><i>Orario: venerdì dalle 9 alle 12</i></p>
<p align="center">Scopello C/o Municipio Via Mera - Scopello Telefono: 0163/71170</p> <p><i>Orario: giovedì dalle 9 alle 12</i></p>	

ASL VC	Case Salute e socioassistenziale (DIS. IL.2210.00)	25/28
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

NOTA: gli assistenti sociali del Servizio Sociale aziendale sono presenti anche nelle sedi del SerD e del Dipartimento di Salute Mentale e sono rintracciabili negli orari indicati nelle schede dei relativi servizi.

Breve descrizione degli interventi:

- Funzioni di accoglienza, orientamento, informazione a favore di singoli, famiglie e gruppi sociali in merito ai possibili interventi/azioni attivabili in caso di non autosufficienza, disagio mentale o condizioni di emarginazione;
- Predisposizione di percorsi individualizzati per lo sviluppo delle funzioni sociali degli utenti in carico ai servizi sanitari aziendali.

Indicazioni sulle modalità di accesso:

- Accesso nell'orario di ricevimento e/o previo appuntamento telefonico

È prevista la presa in carico prioritaria/urgente: si (casi segnalati dal DEA o dai reparti ospedalieri; interruzioni volontarie di gravidanza in utenti minorenni e/o incapaci)

È previsto il pagamento del ticket: **NO**

ASL VC	Case Salute e socioassistenziale (DIS. IL.2210.00)	26/28
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

Allegato 8: Scheda informativa per il primo contatto del MMG/PLS con il Consultorio

STRUTTURA COMPLESSA OSTETRICA E GINECOLOGIA Attività Consultoriali

Responsabile:

Dr.ssa Vendola Nicoletta / Dr. Negrone Enrico

Referente:

Dr.ssa Turchetti Alessandra

Sede:

Città/paese	Indirizzo	Telefono/e-mail	Orari apertura al pubblico	Recapito per contatto da parte del MMG/PLS
SANTHIÀ	Via Matteotti 24 Santhià	0161 929218 0161 929205 consultorio.santhia@aslvc.piemonte.it	Tutti i giorni dalle 8.30 alle 15.00 Giovedì dalle 9,00 alle 18,00 presenza del ginecologo negli orari prenotabili al CUP	0161 929218 0161 929205 tutti i giorni dalle 8.30 alle 15.25
GATTINARA	C.so Vercelli, 159	0163/822267-822216 consultorio.gattinara@aslvc.piemonte.it	Lunedì 10.30/15.30 mercoledì 10/18.30 giovedì e venerdì 8.30/13	0163/822267-822216 Lunedì 10.30/15.30 mercoledì 10/18.30 giovedì e venerdì 8.30/13
VARALLO	Via Gippa 3/5	0163/52606 consultorio.varallo@aslvc.piemonte.it	Martedì 9/18.30-mercoledì 8.30/15	0163/52606 Martedì 9/18.30-mercoledì 8.30/15
COGGIOLA	Via Garibaldi, 97	015/78354 consultorio.varallo@aslvc.piemonte.it	Lunedì 8.30/13	015/78354 Lunedì 8.30/13

ASL VC	Case Salute e socioassistenziale (DIS. IL.2210.00)	27/28
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

Breve descrizione degli interventi:

- Consegna agenda di gravidanza; assistenza alla gravidanza; incontri di accompagnamento alla nascita; sostegno nel puerperio e all'allattamento; ambulatorio del neonato sano; incontri del post-partum;
- Visite ginecologiche; contraccezione e contraccezione d'emergenza (CE); screening delle patologie tumorali femminili (pap test); esami batteriologici vaginali; accoglienza delle vittime di violenza domestica; supporto alle donne in menopausa, ecc.

Indicazioni sulle modalità di accesso:

- Accesso libero nell'orario di ricevimento per informazioni;
- Le visite ginecologiche sono su prenotazione al CUP o al n. verde 800 396 300 senza prescrizione su ricettario regionale;
- Le visite eseguite dalle ostetriche si svolgono su prenotazione ai numeri sopra indicati;

È prevista la presa in carico prioritaria/urgente: per le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) e la contraccezione d'emergenza (CE).

È previsto il pagamento del ticket: no, ad eccezione di esami batteriologici e pap test (al di fuori del programma di screening "Prevenzione Serena").

ASL VC	Case Salute e socioassistenziale (DIS. IL.2210.00)	28/28
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.		

Pag. nr. 144 di 144 Deliberazione Nr. (001034)

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. "VC"
Direttore S.C. DISTRETTO
Dr.ssa Francesca Gallo