

LA GIUNTA REGIONALE

- visto il Piano sanitario nazionale 2006-2008, approvato con DPR 7 aprile 2006, che individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute;
- visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modificazioni ed integrazioni, relativo alla definizione dei livelli essenziali di assistenza;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 5191 in data 30 dicembre 2002 e successive modificazioni, relativa all'approvazione della nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza resi dal Servizio Sanitario Regionale;
- vista la legge 27 dicembre 2006, n. 296 ("Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2007) ed in particolare l'art. 1, commi 805, 806 e 807 che prevedono l'istituzione di un Fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale, nonché per il cofinanziamento di analoghi progetti da parte delle regioni Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia e delle province autonome di Trento e Bolzano in materia di sperimentazione del modello assistenziale casa della salute, di iniziative per la salute della donna e del neonato, di malattie rare ed infine di implementazione della rete delle unità spinali unipolari;
- evidenziato che il cofinanziamento di progetti attuativi del Piano sanitario nazionale è stato previsto al fine di rimuovere gli squilibri sanitari connessi alla disomogenea distribuzione registrabile tra le varie realtà regionali nelle attività realizzative del Piano suddetto;
- considerato che il Piano sanitario nazionale 2006-2008 vede impegnati lo Stato e le regioni in azioni concertate e coordinate che possano generare programmi specifici nella realizzazione di attività finalizzate a promuovere e tutelare lo stato di salute dei cittadini nel rispetto delle autonomie regionali e delle diversità territoriali;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1572 in data 8 giugno 2007 recante approvazione del contratto di programma tra la Regione Autonoma Valle d'Aosta e l'Azienda Usl della Valle d'Aosta per l'anno 2007, con la previsione della realizzazione di un intervento di ristrutturazione ed ampliamento dell'edificio sede del poliambulatorio del distretto n. 3, sito nel Comune di Châtillon;
- visto il decreto del Ministero della Salute 10 luglio 2007 recante le linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano di cui all'art. 1, comma 806, della legge 296/2006;
- evidenziato che con nota in data 18 ottobre 2007 il Ministero della Salute ha stabilito nella data del 20 novembre 2007 la scadenza per la presentazione dei progetti da elaborare secondo le linee guida approvate con il decreto ministeriale soprarichiamato;

- dato atto che con nota in data 20 novembre 2007, prot. n. 45093/ass, l'Assessorato sanità, salute e politiche sociali ha trasmesso al Ministero della Salute il progetto "Realizzazione di una casa della salute in un distretto di montagna" indicando nel 60% la percentuale di partecipazione diretta nelle spese previste per la realizzazione del progetto ed ha rinviato l'approvazione dello stesso ad apposita deliberazione della Giunta regionale in seguito alla valutazione da parte degli organismi ministeriali;
- evidenziato che con il progetto presentato si intende individuare una struttura polivalente in grado di erogare, in uno stesso spazio fisico, l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, ovvero dei livelli essenziali di assistenza, favorendo l'integrazione dei servizi e degli operatori con ciò rappresentando la struttura di riferimento per l'erogazione delle cure primarie;
- evidenziato inoltre che il progetto si sviluppa nel distretto socio-sanitario n. 3 attraverso la realizzazione della Casa della salute di Châtillon prevedendo interventi di edilizia necessari alla creazione di una sede unica di servizi che consentirebbe la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria del distretto;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 981 in data 11 aprile 2008, recante approvazione dello schema di accordo di programma tra la Regione ed il Comune di Châtillon per l'esecuzione dei lavori di ampliamento e di ristrutturazione dell'edificio sede del poliambulatorio del distretto n. 3 e per la delocalizzazione del centro diurno per anziani denominato "ex Casa Sarteur" siti nel medesimo comune;
- dato atto che con nota in data 14 luglio 2008, prot. n. 0023805-P, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha richiesto, al fine di ammettere il progetto al cofinanziamento di cui si tratta e ad integrazione di quanto già trasmesso, l'adozione formale del progetto con apposita deliberazione della Giunta regionale, da trasmettere entro la data del 30 settembre 2008;
- ritenuto pertanto di approvare il progetto "Realizzazione di una casa della salute in un distretto di montagna" al fine della presentazione al Ministero competente della richiesta di cofinanziamento in ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 1, commi 805, 806 e 807 della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 2507 in data 29 agosto 2008 concernente l'approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2008/2010 con attribuzione alle strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi gestionali correlati e di disposizioni applicative, con decorrenza 1° settembre 2008;
- precisato che la presente deliberazione è da ritenersi correlata all'obiettivo n. 170102 (Programmazione e realizzazione di interventi in materia di edilizia sociosanitaria);
- visto il parere favorevole di legittimità rilasciato dal Direttore della Direzione salute e dal Capo Servizio risorse dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali in data 21 agosto 2008, ai sensi del combinato disposto degli articoli 13 - comma 1 - lett. e) e 59 - comma 2 - della legge regionale 45/1995, sulla presente proposta di deliberazione;

- su proposta del Presidente della Regione, Augusto Rollandin;
- ad unanimità di voti favorevoli,

D E L I B E R A

- 1°) di approvare il progetto “Realizzazione di una casa della salute in un distretto di montagna”, allegato alla presente deliberazione, della quale costituisce parte integrante e sostanziale, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 1, commi 805, 806 e 807, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, il cui costo totale ammonta a euro 1.559.300,00;
- 2°) di stabilire che la Direzione salute dell’Assessorato sanità, salute e politiche sociali trasmetta la presente deliberazione al Ministero del Lavoro, della Sanità e delle Politiche Sociali quale adempimento ai fini dell’approvazione ministeriale del progetto di cui si tratta;
- 3°) di dare atto che la spesa a carico della Regione, pari al 60% della somma indicata al punto 1°), trova copertura negli stanziamenti previsti nell’accordo di programma annuale stipulato tra la Regione e l’Azienda Usl della Valle d’Aosta, ai sensi della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5.

MJ/

Regione Autonoma Valle d'Aosta
Région Autonome Vallée d'Aoste

AZIENDA USL
DELLA VALLE D'AOSTA

*“Realizzazione di una casa della
salute in un distretto di
montagna”*

Indice

1. INTRODUZIONE.....	6
2. ANALISI DI CONTESTO.....	8
2.a Il Territorio e la Popolazione del Distretto 3 - Media Valle	8
2.b La salute.....	13
I fattori “protettivi”	14
Analisi sui dati di mortalità	16
Distribuzione dell’offerta dei servizi nel Distretto 3.....	17
2.c Dati di attività nel Distretto 3 - Anno 2006	18
3. RISULTATI ATTESI.....	20
4. COSTI E TEMPI DI REALIZZAZIONE	47
5. EFFICACIA	47
6. ALLEGATO: DOCUMENTAZIONE DI PROGETTO	51

1. INTRODUZIONE

Il problema che la sanità italiana deve affrontare è rappresentato dalla "epidemia silente" delle malattie croniche: ipertensione arteriosa, insufficienza cardiaca, diabete mellito, bronchite cronica, demenze, nonché altre patologie che si sono cronicizzate grazie agli strumenti terapeutici disponibili. Inoltre si è verificato un aumento della quota di popolazione che necessita di assistenza, monitoraggio o trattamenti terapeutici continuativi, come i soggetti in dialisi renale, i trapiantati, ecc.

Dalla montagna di dati epidemiologici che attestano questa ormai ben consolidata realtà, dovrebbe discendere che l'intero sistema sanitario (dalla prevenzione, dalle cure primarie all'assistenza ospedaliera) si sia, nel frattempo, strutturato e organizzato per rispondere a questo tipo di bisogno.

Questo passaggio, però, non è stato compiuto, e non solo in Italia. La rivista britannica "Lancet" ha recentemente dedicato alle malattie croniche una serie di articoli dal titolo "L'epidemia dimenticata", evidenziando, tra l'altro, le insufficienti performance delle cure primarie in questo campo (1):

- solo il 27% dei pazienti ipertesi è trattato appropriatamente;
- il 55% dei pazienti diabetici presentano livelli di emoglobina glicata al di sopra del 7,0%;
- solo il 14% dei pazienti con malattie coronariche raggiunge i livelli di colesterolo LDL raccomandati dagli standard internazionali;
- solo la metà dei fumatori riceve dal proprio medico di famiglia consigli su come smettere di fumare.

Nel 2006 l'OMS ha prodotto un voluminoso rapporto "Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale"; nella versione italiana del quale il Ministro della Salute ha scritto: *"Negli ultimi anni l'aumento del numero dei malati cronici sta creando un'emergenza per i sistemi sanitari: cardiopatie, cancro, diabete, disturbi mentali, malattie respiratorie, dell'apparato digerente e del sistema osteoarticolare sono ormai tra le cause più diffuse di sofferenza e morte. (...) In Italia abbiamo un sistema di cure che funziona come un radar a cui il paziente appare per essere curato e scompare alla vista una volta guarito. Perfetto per le malattie acute, ma non per le patologie croniche, per le quali serve invece un modello di assistenza diverso: occorre evitare non solo che le persone si ammalino, ma anche che chi è già malato vada incontro a ricadute, aggravamenti e disabilità. Un sistema, insomma, adatto a malattie che non guariscono e che devono essere seguite nel territorio, adeguatamente attrezzato."* (2)

Una valutazione analoga veniva fatta, già nel 1994, da Chris Ham, analista di sistemi sanitari, a proposito della logica dei decibel che prevale nella programmazione sanitaria, quando concludeva che *"gli erogatori di servizi per acuti si accaparrano la parte più grande delle risorse"* (3).

Vari studi hanno cercato di dimostrare differenze nei risultati di salute nell'assistenza alle malattie croniche in relazione alla tipologia di provider. Per esempio Harrold e colleghi hanno rilevato che pazienti trattati da specialisti hanno un migliore outcome rispetto ai pazienti trattati dai generalisti, nel caso di infarto miocardico, ictus e asma;

l'inverso invece accade nel caso di ipertensione, diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva, angina instabile e lombalgia cronica (4).

Due altri studi hanno invece dimostrato che, nell'assistenza ai pazienti diabetici non vi sono differenze nell'outcome tra pazienti trattati da specialisti o da generalisti che condividevano le stesse modalità organizzative (quelle tradizionali dello studio privato). (5). Le conclusioni cui giungono gli autori è che la differenza negli outcome non va ricercata nel livello di specializzazione dei singoli professionisti, cioè nella componente cognitiva, bensì nel *pattern of care*, nel modello assistenziale prescelto.

Infatti, il modello di cura più efficace è quello del team multidisciplinare (ridisegnato nella sua organizzazione, con ampie deleghe al personale non medico), centrato sul paziente (supporto al self-management, follow-up fortemente presidiato) e dotato di un robusto sistema informativo.

"Le cure primarie - sostengono Rothman e Wagner - possono giocare un ruolo decisivo nella gestione delle malattie croniche, a patto che sappiano rinnovarsi. Il futuro delle cure primarie dipende dalla loro capacità di venire incontro ai bisogni umani e clinici di una popolazione che invecchia e diventa cronicamente malata".

Riorganizzare le cure primarie comporta una serie di conseguenze che riguardano molteplici aspetti del sistema sanitario, tra cui

- investimenti in infrastrutture
- aspetti contrattuali
- formazione su temi epidemiologici, relazionali e dell'empowerment dei pazienti, gestionali e della clinical governance.

La proposta della Casa della salute - quale *"sede fisica e insieme un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute e il benessere, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme e nei luoghi più appropriati"* (6) - può rappresentare, a questo proposito, una preziosa opportunità.

-
1. R.Horton. The neglected epidemic of chronic disease. Lancet, published online October 5, 2005
 2. OMS, Prevenire le m,malattie croniche, un investimento vitale, 2006 (versione italiana a cura del Ministero della Salute)
 3. C. Ham: Management and competition in the new NHS. Redcliffe Medical Press, Oxford, 1994
 4. LR. Harrold, T.S. Field, J.H. Gurwitz. Knowledge, pattern of care, and outcomes of care for generalist and specialists. J Gen Intern Med. 1999; 14; 499-511.
 5. A. Rothman, E. H.Wagner. Chronic Illness Management: What Is The Role of Primary Care? Ann Intern Med 2003; 138:256-261.
 6. " Incontro nazionale "La casa della salute", intervento del Ministro della Salute Livia Turco - 22 marzo 2007.

2. ANALISI DI CONTESTO

2.a Il Territorio e la Popolazione del Distretto 3 - Media Valle

Il Distretto 3 rappresenta l'unico caso, nella Regione Valle d'Aosta, in cui la popolazione e l'estensione territoriale coincidono con quelli di una Comunità Montana, quella del Monte Cervino. In particolare, il territorio del Distretto comprende l'intero bacino del torrente Marmore - che scorre nella Valtournenche - più un tratto della valle della Dora Baltea, esteso per una decina di chilometri, intorno alla confluenza di Châtillon.

Al Distretto afferiscono 12 comuni, di cui 5 nella valle del Marmore (Valtournenche, Antey-Saint-André, Chamois, La Magdeleine, Torgnon) e gli altri nella valle principale. Di questi ultimi, 3 occupano il versante dell'*adret* (Verrayes, Saint-Denis, Emarèse) e 4 hanno il capoluogo nel fondovalle, mentre il loro territorio si estende sul versante destro (Chambave, Pontey e Châtillon) o su quello sinistro (Saint-Vincent e ancora Châtillon).

Del Distretto 3 fa parte il più piccolo Comune della Valle d'Aosta, Chamois, con solo 92 abitanti.

Secondo i dati forniti all'Osservatorio Regionale Epidemiologico della Regione Autonoma della Valle d'Aosta, **la popolazione residente** nel Distretto 3:

- ❑ rappresenta il 13,7 % di quella regionale;
- ❑ è costituita per il 5% da residenti provenienti da paesi extracomunitari;
- ❑ presenta forti oscillazioni di presenze a seguito del fenomeno turistico;
- ❑ è così ripartita, per comune e sesso:

COMUNI	M	F	Tot	Variazione turistica percentuale	
				Estate	inverno
Antey-Saint-André	284	302	586	189,22	209,85
Chambave	461	486	947	0,00	35,96
Chamois	49	43	92	143,48	217,12
Châtillon	2277	2424	4701	43,66	31,60
Emarèse	108	94	202	13,37	20,42
La Magdeleine	49	42	91	155,82	132,69
Pontey	354	360	714	0,92	0,00
Saint-Denis	184	157	341	12,14	0,00
Saint-Vincent	2287	2420	4707	90,67	66,84
Torgnon	263	233	496	139,19	205,90
Valtournenche	1140	1047	2187	296,32	627,23
Verrayes	651	614	1265	7,15	3,95
TOTALE	8107	8222	16329	92,10	130,76

L'orografia del territorio è condizionata dal forte dislivello che, fra il punto più alto (la cima del Cervino, quasi 4500 metri) e quello più basso (il fondovalle al confine con Montjovet, circa 400 m), è di oltre 4000 metri; tale dislivello è superato in soli 26 Km.

Le *distanze medie stradali percorribili* in auto tra i Comuni, la sede del poliambulatorio di Châtillon e l'ospedale regionale di Aosta sono le seguenti:

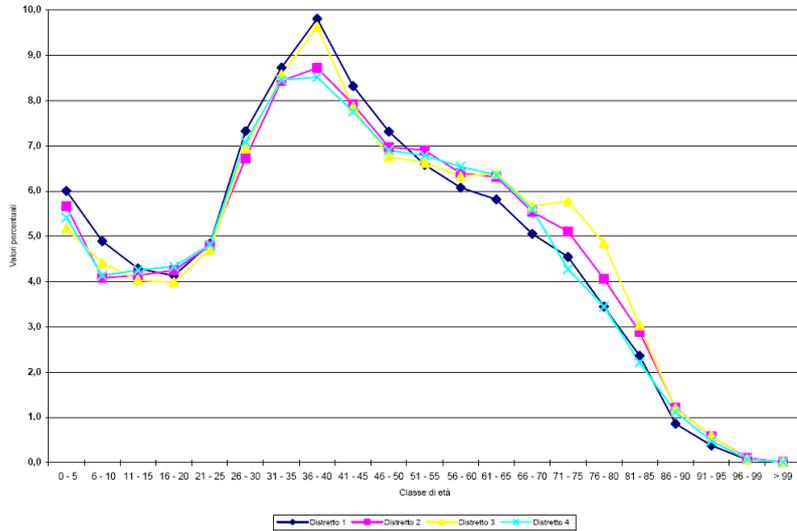
COMUNE	Distanza in Km dal Poliambulatorio CHATILLON	Distanza in Km dall'Ospedale AOSTA
Antey-Saint-André	8,5	32
Chambave	6,5	19
Chamois	12	34
Châtillon	-	24
Emarèse	8,5	35
La Magdeleine	13	39
Pontey	5,5	23
Saint-Denis	8	23
Saint-Vincent	3	27
Torgnon	12	37
Valtournenche	19	42
Verrayes	9,5	25

(OREPS RAVA 2004)

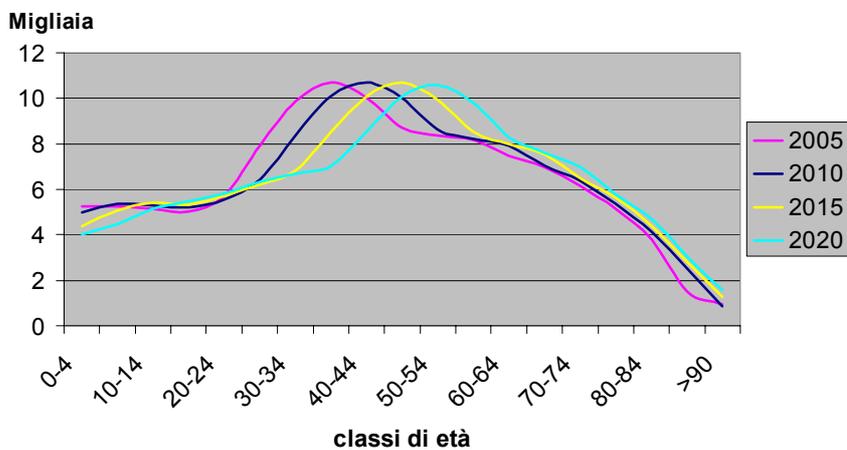
Un'immagine di sintesi dei principali *determinanti demografici e socio-economici* può così essere riassunta:

<i>Distretto 3</i>	<i>Parametri</i>
Indice di vecchiaia (quanti anziani ogni 100 bambini)	143,5
% pop. 0-13	12,2 (M) - 10,9 (F)
% pop. > 65	15,4 (M) - 21,9 (F)
% pop. > 85	2,2 (M, F)
Indice di dipendenza	36,7 (M) - 50,8 (F)
Saldo naturale (nati - morti) (2002)	Passivo
Tasso di natalità x1000 donne 15-49 anni (2002)	37,78 (Regione 38,30)
Tasso di mortalità std. x 100.000 ab. (1997)	939,5 (M) - 550,1 (F)
Indice sintetico di deprivazione comunale (ISTAT)	molto ricco - ricco
Numero famiglie e percentuale sul totale regionale (2000)	10.433 (19,3)

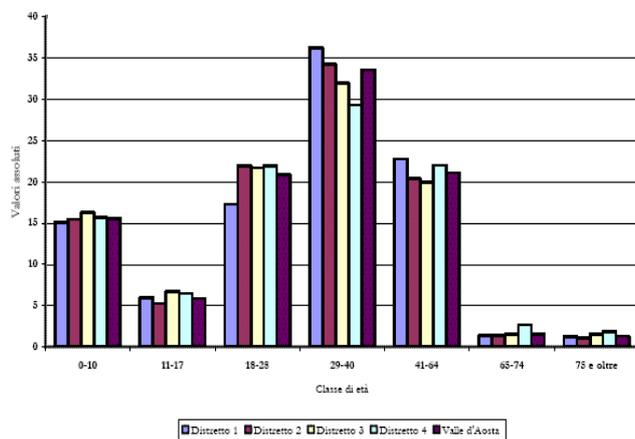
Consistenza demografica per classe di età e distretto in Valle d'Aosta (2004)



Evoluzione prevista della composizione della popolazione in Valle d'Aosta

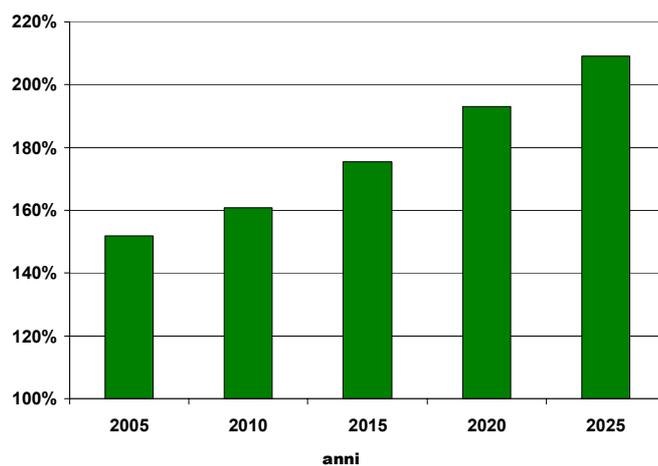


Consistenza della popolazione straniera residente per classe di età e distretto in Valle d'Aosta (2004)



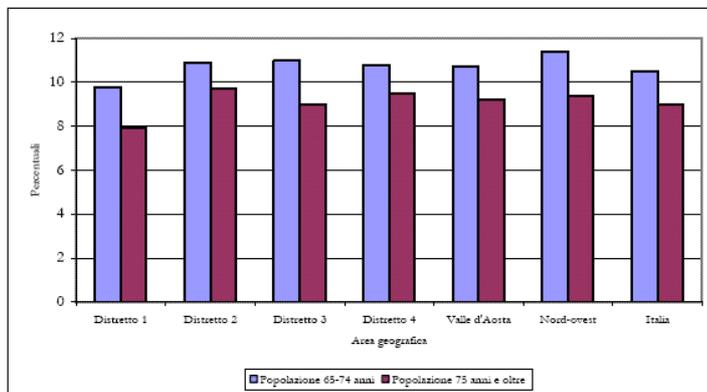
L'indice di vecchiaia del Distretto 3 presenta valori mediamente elevati, a fronte dei 146 della media regionale; tra gli anziani è netta la prevalenza delle donne.

Indice di vecchiaia previsto in Valle d'Aosta



I cosiddetti "grandi vecchi", in altre parole le persone con più di 85 anni, rappresentano una quota non trascurabile, prossima a quella media regionale (2,2% versus 2,3%).

Struttura demografica della popolazione anziana per area geografica (2004)



La propensione alle *nascite* è inferiore a quella espressa in media nella regione.

L'*indice di deprivazione comunale* - calcolato su 5 variabili socio-economiche - valuta l'insieme dei comuni di questo distretto "ricchi" o "molto ricchi". Contrasta con questa situazione il profilo socio-economico dei Comuni di Chambave, Verrayes, Saint-Denis ed Emarèse, valutati dal medesimo indice come "deprivati". Da rilevare come tutti questi ultimi comuni siano localizzati nella valle principale.

2.b La salute

Di seguito la salute della popolazione residente nel distretto viene dedotta attraverso lo studio degli eventi osservabili del suo contrario: la morte e la malattia (acuta).

Nel prospetto fornito vengono evidenziati gli eccessi di morte e di ospedalizzazione tra i residenti del distretto, distinti in base al sesso e, solo per le cause di ricovero, anche per la fascia di età > di 65 anni.

Per l'ospedalizzazione, a fianco al valore del rischio relativo RR è indicato, tra parentesi, il numero di osservazioni a cui è riferito (ricoveri o giornate di degenza), relativamente al triennio 1997-2000; ciò al fine di "pesare" i giudizi anche sulla base della frequenza con cui si sono verificati gli eventi.

Eccessi di mortalità sono stati registrati tra le femmine decedute per malattie del sistema circolatorio, con un eccesso di rischio rispetto la media regionale del 14 %.

Eccessi di ospedalizzazione sono stati registrati per:

Ricoveri (tasso di ospedalizzazione)		
Eccessi di ospedalizzazione (RR >100) per le seguenti cause di ricovero:	RR*	
TOTALE DISTRETTO e COMUNITÀ MONTANA MONTE CERVINO		
	Maschi	Femmine
Malattie endocrine	118 (51)	
Insufficienza cardiaca	139 (26)	133 (20)
Malattie cerebro-vascolari	118 (54)	
Arteriosclerosi		151 (11)
Insufficienza renale		149 (12)

Ricoveri tra anziani > 65 anni (tasso di ospedalizzazione)		
	Maschi	Femmine
Malattie dell'apparato circolatorio	111	
Malattie del sistema nervoso centrale	120	

* Solo valori statisticamente significativi; SMR o RR = 100 = media regionale

(OREPS RAVA 2004)

Per alcune cause di ricovero selezionate viene offerto un prospetto indicante gli eccessivi rischi in giornate di degenza che, per alcune patologie, può essere utilizzato come indicatore indiretto della gravità al momento del ricovero.

Ricoveri (giornate di degenza)		
Eccessi di durata (RR >100) per le seguenti cause di ricovero:	RR*	
TOTALE DISTRETTO e COMUNITÀ MONTANA		
	Maschi	Femmine
Insufficienza cardiaca	148 (378)	145 (298)
Malattie cerebro-vascolari	146 (945)	
Arteriosclerosi		129 (95)
Insufficienza renale		191 (141)

Mortalità		
Eccessi di mortalità (RR >100):	RR*	
TOTALE DISTRETTO e COMUNITÀ MONTANA MONTE CERVINO		
	Maschi	Femmine
Malattie del Sistema Circolatorio		114

* Solo valori statisticamente significativi; SMR o RR = 100 = media regionale

(OREPS RAVA 2004)

I fattori "protettivi"

Per la mortalità non esistono evidenze di protezione della popolazione residente verso i principali raggruppamenti di cause.

Per l'ospedalizzazione il prospetto di sintesi è quello che segue:

Ricoveri (tasso di ospedalizzazione)		
Protezione vs ospedalizzazione (RR <100) per le seguenti cause di ricovero:	RR*	
TOTALE DISTRETTO e COMUNITÀ MONTANA MONTE CERVINO		
	Maschi	Femmine
Tutte le cause	95 (1575)	94 (1572)
Apparato respiratorio	89 (113)	
Apparato genito-urinario		88 (105)
Tumori maligni	86	85
Tumore della mammella		74 (15)
Disturbi psichici	72 (47)	82 (51)
Psicosi schizofreniche	63 (10)	45 (6)
Calcolosi del rene e delle vie biliari		53 (7)
Sistema osteomuscolare e connettivo	87 (72)	86 (70)

* Solo valori statisticamente significativi; SMR o RR = 100 = media regionale

Gli anziani risultano “protetti” da un eccesso di durata della degenza rispetto la media regionale del 16% quando il ricovero è per tumori maligni.

Ricoveri (giornate di degenza)		
Protezione vs durata (RR <100) per le seguenti cause di ricovero:	RR*	
TOTALE DISTRETTO e COMUNITÀ MONTANA MONTE CERVINO		
	Maschi	Femmine
Tumore della mammella		73 (117)
Disturbi psichici	62 (445)	72 (670)
Psicosi schizofreniche	61 (148)	27 (71)
Calcolosi del rene e delle vie biliari	82 (94)	66 (34)
Sistema osteomuscolare e connettivo	91 (490)	92 (616)

* Solo valori statisticamente significativi; SMR o RR = 100 = media regionale

Analisi sui dati di mortalità

Nella popolazione residente è presente un **eccesso di mortalità** (solo femminile), per le patologie dell'apparato circolatorio ed un eccesso di ricoveri per questa stessa patologia tra gli anziani (uomini).

Dall'analisi dell'ospedalizzazione emerge in entrambi i sessi un rischio inferiore a quello medio regionale per i tumori maligni, per le patologie psichiatriche e per le patologie del sistema muscolare e del tessuto connettivo.

Per contro, tra gli uomini, le malattie cerebro-vascolari presentano rischi di ospedalizzazione superiori del 18% cui corrisponde un eccesso di rischio del 46% anche nelle durate. Un rischio superiore dell'8% si osserva anche per le patologie dell'apparato respiratorio.

In entrambi i sessi è rilevante l'eccesso sia di ospedalizzazione sia di durata della degenza per le insufficienze cardiache.

Nel caso degli uomini, la Valle d'Aosta ha mostrato valori di mortalità più elevati sia della media italiana, sia del Nord-Ovest, per tutti gli anni '90. La riduzione di mortalità che si è verificata in questo periodo è stata inferiore rispetto a quella registrata nel resto del Paese. Dal 1990 al 2001 infatti, la mortalità si è ridotta del 18 % in Valle d'Aosta, contro una riduzione del 21 % in Italia e del 24 % nel Nord-Ovest. Nel corso degli anni '90 si è quindi ampliato il divario tra la Valle d'Aosta e il resto dell'Italia.

Diverso è il caso delle donne che per tutto il decennio scorso hanno mostrato un profilo simile o leggermente favorevole rispetto all'Italia e al Nord-Ovest. Questo vantaggio però sembra essersi interrotto all'inizio del 2000. Non è ancora possibile affermare se si tratti di un effetto casuale dovuto alla già citata bassa numerosità di eventi, o se si tratti di un reale peggioramento delle condizioni di salute.

Prime cause di morte, come ovunque, apparato circolatorio e tumori (insieme pesano per il 61,9 % tra gli uomini e per il 70,25% tra le donne).

Agire con la prevenzione su queste due cause apporterebbe già grandi miglioramenti nel tempo. Per le patologie dell'apparato circolatorio la riduzione è stata rilevante, ma diversa tra i due sessi. Rispetto l'Italia, i maschi presentano valori uguali o poco superiore; le femmine hanno valori inferiori per tutti gli aa.90, ma dal 2000 si allineano ai valori medi nazionali. Per i tumori maligni ancora una flessione, ma più contenuta rispetto a quella avvenuta per le patologie dell'apparato circolatorio. In media i maschi registrano un lieve miglioramento, mentre le femmine registrano valori stazionari. In generale, i maschi hanno una mortalità sempre superiore all'Italia, ma in media con Nord Ovest. Le femmine hanno una mortalità inferiore all'Italia fino metà aa.90, poi la tendenza è verso l'allineamento ai valori nazionali.

Anche per le patologie dell'apparato respiratorio (terza causa sia in M che F) si registra un miglioramento importante nei maschi, ma meno dell'Italia e del Nord Ovest. Le femmine, nonostante la ridotta numerosità eventi risultano allineate o poco superiori all'Italia.

E' nell'infanzia che si registra la maggiore riduzione di mortalità (-50% M, - 40% F) di cui - 41% tra primo e secondo dodicennio (da 9,34 x1000 a 5,46). Il 50% decessi è di origine perinatale oltre ad un 19% malformazioni congenite.

La speranza di vita alla nascita è aumentata di 3,4 anni nei maschi e di e 2,5 nelle femmine.

Per quanto attiene le **disuguaglianze sociali**, nonostante la distorsione prodotta da un indicatore collettivo, chi risiede in un comune deprivato ha un rischio di morte superiore alla media regionale dell'11%. Meno evidente questa associazione tra le femmine.

Distribuzione dell'offerta dei servizi nel Distretto 3

Direzione e Servizi Amministrativi (UAP e Centro Unificato Prenotazioni)	Poliambulatorio	Châtillon
Ambulatori medici specialistici, infermieristici, riabilitativi, servizio di psicologia, servizio sociale, servizio di assistenza domiciliare educativa (ADE), servizio di intermediazione culturale e SERT	Poliambulatorio 4 Consultori 3 Centri Prelievi 2 Palestre di riabilitazione	Châtillon Valtournenche - Antey-St-A Verrayes - St Vincent Châtillon - Antey-St-A - St Vincent Châtillon - Antey-St-A
Assistenza Primaria	13 MMG e 3 PLS	2 associazioni di medicina primaria a Châtillon e St Vincent
RSA	1 struttura ad Antey-St-André	20 posti letto a finalità riadattativa e riabilitativa, con assistenza medica garantita dal "Medico di struttura". <i>Tale attività viene svolta da 5 medici convenzionati di AP operanti nel Distretto per 25 ore settimanali, festivi compresi.</i>
Integrazione Socio-Sanitaria	UVG distrettuale Equipe multiprofessionale per Handicap Disagio in età evolutiva; Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale	Composte da operatori sanitari, da assistenti sociali del Distretto e operatori della Comunità Montana
Centri Diurni per Anziani	2 sedi	Châtillon - St Vincent, gestiti dalla Comunità Montana

Urgenza-Emergenza	1 sede MET-118 1 Centro Traumatologico 2 sedi di Continuità Assist. 4 Associazioni di Volontari del Soccorso 1 sezione della CRI 1 stazione del Soccorso Alpino Valdostano di Valtournenche	Châtillon Breuil-Cervinia Châtillon e Antey-St-André. Chatillon - Valtournenche - Torgnon - Verrayes, per un totale di 220 volontari St Vincent con 20 volontari 75 operatori, comprese le guide alpine
Prevenzione	2 sedi di Sanità Pubblica 3 sedi del Servizio Veterinario	Châtillon - Antey-St-André Antey-St-A - St Vincent - Verrayes

2.c Dati di attività nel Distretto 3 – Anno 2006

□ Servizio di Assistenza Sanitaria

Il numero delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate nella fascia da 0 a 17 anni - effettuate dalle Assistenti Sanitarie in collaborazione con il Medico di Sanità Pubblica - sono state 1.493 (+18% rispetto al 2005)

Il numero di prestazioni erogate dalle Assistenti Sanitarie è pari a 1.669 (+10% rispetto al 2005).

□ Servizio Infermieristico

A domicilio sono stati seguiti 194 pazienti per un totale di 9.327 giornate di presa in carico. Sono state effettuate inoltre:

- 768 Medicazioni in ambulatorio e 1648 a domicilio
- 491 Terapie im-sc in ambulatorio e 328 a domicilio
- 89 Terapie ev. in ambulatorio e 269 a domicilio
- 59 cateterismi vescicali

□ Servizio di Fisioterapia

Sono stati presi in carico 412 utenti adulti e 50 minori per un totale di 2.788 sedute adulti e 1061 per minori.

Sono state inoltre effettuate 291 sedute a domicilio e 83 in microcomunità.

Nella RSA di Antey sono stati valutati e trattati 124 pazienti per un totale di 1.277 ore, a cui vanno aggiunte 132 ore di progetto, 361 ore di riunione di équipe, 76 ore per ausili e 55 ore per procedure amministrative

□ Servizio di Logopedia

Sono stati presi in carico 222 pazienti (con un aumento del 23% rispetto al 2005) di cui 72 adulti.

Il 28% degli utenti minori sono stati segnalati dalle istituzioni scolastiche, con una riduzione rispetto al 2004, per l'adozione delle nuove indicazioni e modalità operative concordate per tutto l'ambito regionale.

Nella RSA di Antey sono stati valutati e trattati 26 pazienti.

□ Servizio di Ostetricia

Il servizio di Ostetricia è attivo su 3 sedi e non sono disponibili i dati relativi il Consultorio di Saint-Vincent per il periodo gennaio-settembre 2005.

Sono state effettuate presso le sedi Consultoriali di Châtillon, Antey e Verrayes le seguenti prestazioni:

- 152 visite e 367 consulenze (11 a domicilio)
- 505 Pap-test
- 329 tamponi vaginali

Inoltre sono stati effettuate 40 ore di educazione alla sessualità ed affettività nelle classi seconde delle Scuola Medie e sono stati attivati 5 corsi di preparazione alla nascita per un totale di 61 partecipanti.

□ Medici di Assistenza Primaria

Con deliberazione regionale sono stati ridefiniti gli ambiti territoriali, sulla base dell'ACN approvato nel mese di marzo 2005. Pertanto, i medici di Assistenza Primaria operano in 2 ambiti territoriali del Distretto 3, di cui uno coincide con la Valtournenche l'altro con la valle della Dora.

I medici hanno effettuato

- 761 accessi programmati in strutture residenziali
- 2.289 accessi programmati a domicilio
- 1.025 ore di attività di Medico di Struttura nella RSA
- 12 medici hanno aderito al progetto regionale Millewin

□ Medici Pediatri Specialisti di Libera Scelta

I Pediatri prestano la loro opera nell'unico ambito territoriale che corrisponde a quello del Distretto.

I medici hanno effettuato 190 bilanci di salute.

□ L'attività Amministrativa dell'ufficio CUP del Poliambulatorio di Chatillon

- | | |
|--|----------|
| -Prenotazioni visite e accertamenti diagnostici/strumentali | n. 9.639 |
| -Prenotazioni esami bio-umorali | n. 8.745 |
| -Ritiro referti degli esami bio-umorali | n. 6.186 |
| -Autocertificazione per esenzione alla partecipazione alla spesa Sanitaria | n. 2.277 |
| -Disdette di prenotazioni | n. 1.335 |

3. RISULTATI ATTESI

I fattori geografici e demografici sopra descritti, oltre a presentare le caratteristiche peculiari di un "Distretto di Montagna", rendono conto della notevole variabilità dei contesti geografici e umani che si riscontrano nel Distretto.

In particolare sono da rilevare:

- ❑ il notevole sviluppo altimetrico in un ambiente per gran parte alpino;
- ❑ l'elevato indice di vecchiaia e la bassa natalità;
- ❑ la notevole dispersione e la bassa densità della popolazione ivi residente.

Si tratta di fattori che evidentemente determinano un'augmentata difficoltà di accesso ai servizi.

La **Casa della salute di Châtillon** sarà realizzata come struttura polivalente e funzionale, in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie, di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, nell'ambito del Distretto 3 dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, che comprende un bacino di circa 16.000 residenti.

In particolare:

- a) L'istituzione della Casa della salute di Châtillon ha come principale obiettivo quello di favorire - attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie - i principi fondamentali affermati dal D. Lgs. 229/99 e dalla L. 328/2000 e dal Piano Regionale per la Salute ed il Benessere sociale 2006-2008.
- b) La Casa della salute sarà la sede unica dei servizi e degli operatori del Distretto, anche se la Residenza Sanitaria Assistenziale - peraltro caratterizzata da una sufficiente autonomia di gestione - è ubicata in una sede diversa e comunque a soli 10 km, nel comune di Antey-Saint-André.
- c) La Casa della salute, con l'essenzialità della rete dei servizi, con i sistemi informatizzati disponibili e con la sua struttura organizzativa, dovrà rappresentare il luogo dove realizzare il lavoro multidisciplinare ed in équipe degli operatori e in cui potrà operare, superando precedenti divisioni, l'insieme del personale del Distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale), dei medici di base (che vi eleggeranno il proprio studio associato) e degli specialisti ambulatoriali.
- d) La Casa della salute potrà così assicurare un forte coordinamento per garantire in ogni caso la programmazione e l'integrazione delle attività sanitarie, sociali e sociosanitarie del Distretto.
- e) La Casa della salute dovrà soddisfare la necessità di partecipazione del cittadino ai processi decisionali (empowerment): dalla scelta del medico, del modello di cura, alla programmazione dei servizi e alla valutazione della loro qualità.

Analisi delle modalità di applicazione dei punti previsti dalle LINEE GUIDA del DM 1° luglio 2007.

1. All'interno della struttura devono trovare collocazione gli studi dei Medici di Medicina Generale (MMG)

Prestazioni

Nella Casa della Salute di Châtillon (CdS) sono previsti spazi e attrezzature per lo svolgimento delle attività sanitarie di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione, afferenti alle varie discipline mediche di base che non richiedono alcuna forma di ricovero.

I MMG e PLS opereranno nell'ambito della forma associativa definita, dall'ACN come **Medicina di Gruppo** e saranno dotati di collegamento informatico alla rete aziendale, tramite il software **Millewin** - già adottato dal 90% dei medici dell'Az. USL della Valle d'Aosta - le cui altre principali funzionalità sono:

- cartella clinica orientata per problemi
- stampa e registrazione automatica di ricette, accertamenti, richieste, certificati e consigli e gestione automatica degli aspetti burocratici
- gestione nuclei familiari
- gestione terapia continuativa, segnalazione reazioni avverse (al principio attivo o alla classe), segnalazione automatica di interazioni tra la terapia continuativa ed i farmaci prescritti
- richiesta di accertamenti diagnostici e fisioterapia, supporto per la valutazione dei risultati degli accertamenti
- gestione completamente automatica delle esenzioni
- protocolli per gestione patologie croniche e prevenzione
- aggiornamento del Prontuario Farmaceutico Regionale
- il ricevimento referti esami bio-umorali dal laboratorio di riferimento

Sarà operativo, inoltre, il collegamento diretto con **Centro Unificato di Prenotazione**, di cui uno sportello è situato all'interno CdS.

Grazie a tale supporto informatico, la CdS potrà divenire la sede del coordinamento per le **attività comuni** di tutti i medici di medicina generale e pediatri del Distretto, anche di coloro che mantengano il proprio studio al di fuori della nuova struttura.

Attività comuni che si possono così elencare:

- raccolta dei dati epidemiologici
- definizione di programmi e di protocolli terapeutici
- forme di consulto
- farmacovigilanza
- educazione alla salute dei cittadini (*competenza*)
- formazione sui diversi problemi della professione.

L'organizzazione delle attività dovrà, in ogni caso, garantire **l'autonomia professionale** di ogni medico di famiglia e pediatra di libera scelta.

Allo stesso tempo - tenendo conto della contiguità spaziale del **Medico e del Veterinario di Sanità Pubblica** - saranno possibili tutte quelle possibilità di scambio d'informazioni, di consulenza, di lavoro comune, di aggiornamento che consentono di creare nel distretto un'équipe interdisciplinare che si faccia carico della cura delle persone e, insieme, della **salute della comunità**.

Aree/spazi/locali

Nel progetto sono previsti, al piano terra della CdS, 4 studi per i MMG e 1 per PLS che potranno servire una medicina di gruppo costituita da un numero fino a 7 professionisti:.

Inoltre:

- spazi per funzioni direzionali
- spazi per accettazione, attività amministrative
- area attesa
- servizi igienici per il personale
- servizi igienici per utenti
- spogliatoi personale
- locale personale
- relax personale
- locale/spazio per il deposito del materiale sporco
- locale/spazio per il deposito del materiale pulito
- locale/spazio per il deposito attrezzature

Personale

Oltre MMG e PLS è prevista la presenza del collaboratore di studio e personale infermieristico *e deve essere garantita la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e per le 24 ore attraverso il lavoro in team con i medici di continuità assistenziale (MCA) e di emergenza territoriale (MET)*.

I MMG, organizzati secondo gli standard della Medicina di Gruppo, saranno presenti tutti i giorni nella Casa della Salute garantendo **un'apertura continuata** dei loro ambulatori.

Inoltre l'ambulatorio della continuità assistenziale (**MCA**) e quello dell'emergenza territoriale (**MET**) saranno collocati in un edificio prossimo - a circa 50 m - e collegato funzionalmente, alla CdS.

La contiguità degli ambulatori permetterà - mediante l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi con le diverse figure professionali coinvolte (medici e infermieri in primis) e l'utilizzo della rete informatica disponibile - alla realizzazione della **continuità assistenziale**, sette giorni su sette, 24 ore al giorno, come funzione fondamentale delle cure primarie, attraverso forme di partecipazione alla medicina di gruppo (come previsto dagli Accordi Collettivi Nazionali) e di coordinamento (protocolli, rete informatica) definite a livello di Distretto.

In particolare i MCA continueranno a garantire l'assistenza medica di base, a domicilio e per i soggetti autopresentanti, nel caso di situazioni, che rivestono carattere d'urgenza, che occorrono durante le ore notturne o nei giorni festivi e prefestivi.

Gli studi di MMG che per ragioni di opportunità non possono trovare allocazione all'interno della struttura devono essere in ogni caso a questa funzionalmente collegati attraverso un idoneo sistema a rete che consenta la gestione informatizzata dei dati clinici dei pazienti.

Attualmente **14 dei 16 medici** (MMG e PLS) operanti nel Distretto sono collegati in rete tramite software **Millewin** (vedi sopra)

2. Sono parte integrante della Casa della salute gli ambulatori della Specialistica ambulatoriale.

Gli ambulatori della Specialistica Ambulatoriale attualmente operativi nel poliambulatorio garantiscono l'assistenza:

- Oculistica
- ORL con camera silente
- Ginecologica
- Cardiologica
- Odontoiatrica
- Reumatologia
- Neuropsichiatria infantile
- Ortopedia
- Fisiatria

Il progetto prevede, nella CdS, l'implementazione degli ambulatori di:

- Neurologia
- Andrologia
- Diabetologia
- Chirurgia vascolare
- Pneumotisiologia

con diversa frequenza settimanale, sulla base delle esigenze del bacino di utenza, utilizzando tanto gli specialisti convenzionati che quelli dipendenti dalla struttura ospedaliera di Aosta.

Il modello previsto nella CdS per il lavoro dello specialista ambulatoriale prevede il suo coinvolgimento nella **presa in carico** del paziente (come per l'ADI, RSA intesa come luogo di cura) e la consulenza al MMG in un quadro di efficiente rete dei servizi (vedi sotto).

All'interno della struttura devono essere attivate le principali branche cliniche e quelle relative alla diagnostica di laboratorio, di radiologia ed ecografia di base.

Il progetto prevede:

- sala di ecografia con ecografo pluridisciplinare con sonde per apparato vascolare, cardiologico, ginecologico e ostetrico, addominale
- mammografia effettuata nell'ambito dello screening regionale dei tumori della sfera femminile, tramite mammografo su mezzo mobile
- acquisizione di uno spirometro che sarà utilizzato direttamente dai medici di famiglia e dagli specialisti
- acquisizione dell'attrezzatura necessaria per il monitoraggio non invasivo della pressione arteriosa

PUNTO PRIMO PRELIEVO E POINT OF CARE (POCT)

Prestazioni

Attualmente nel Poliambulatorio di Châtillon è effettuata quotidianamente l'attività di prelievo per le analisi bio-umorali, i cui campioni sono inviati al laboratorio analisi del Presidio Ospedaliero di Aosta.

A volte si presentano situazioni in cui il trasferimento del campione è eccessivamente lungo, per le caratteristiche cliniche del quesito.

Per affrontare efficacemente queste situazioni si prevede l'acquisizione di sistemi analitici per Point of Care Test (POCT), ormai in notevole evoluzione e che possono fornire una risposta riducendo i tempi d'attesa,.

Il sistema POCT dovrà caratterizzarsi per:

- automatismo completo
- semplice utilizzo
- minore manipolazione possibile del campione da parte dell'utilizzatore
- interfacciabilità
- manutenzione ridotta
- dimensioni contenute.

Una tecnologia con le caratteristiche di cui sopra è adeguata alla CdS perché:

- utilizzabile dal personale infermieristico,
- in grado di dare risposta a quesiti diagnostici sia dei medici di medicina generale - per i pazienti esterni e per i pazienti interni della RSA - sia per i medici del punto di primo soccorso.

Gli esami che potrebbero essere svolti sono, prioritariamente, i seguenti:

1. emocromo
2. PT, APTT e INR
3. Glicemia
4. Transaminasi
5. Bilirubina
6. Amilasi
7. Creatinina
8. Urea
9. Proteine totali
10. Troponina
11. CKMB massa
12. Emogasanalisi

Con questa serie d'esami è possibile una prima verifica e monitoraggio di problemi di notevole incidenza: della coagulazione (1-2), diabete mellito (3), funzionalità epatica e renale (4-11), cardiopatia ischemica, insufficienza respiratoria cronica/ossigenoterapia (12).

Si richiama tuttavia l'importanza di alcuni accertamenti (vedi in particolare gli esami per la coagulazione e la glicemia utili a monitorare e adeguare conseguentemente la terapia).

Ovviamente alcuni esami dovranno essere utilizzati in stretta connessione con la sintomatologia e con altri esami strumentali effettuabili presso la CdS (per esempio, nel caso di sospetta cardiopatia ischemica: ECG - Troponina - Ecocardio)

Il sistema analitico Point of Care è abitualmente utilizzato in service e pertanto una stima dei costi comprensiva dei reattivi dipende dal volume di attività. È possibile tuttavia calcolare che il costo annuo presunto per una CdS possa oscillare fra i 30 e i 60.000 €.

L'area sarà facilmente accessibile dagli utenti esterni, e prevederà percorsi e attese differenziate per gli utenti.

Devono essere in ogni caso previsti appositi protocolli che disciplinino i rapporti tra gli specialisti ambulatoriali, i MMG e gli altri professionisti sanitari al fine di rendere possibili, in caso di richiesta urgente l'effettuazione di consulenze e di refertazioni nell'arco della stessa giornata.

Sono previste:

- modalità di **Teleconsulto** e **Telemedicina** (vedi punto 9)

Sono già disponibili e operativi:

- trasmissione al medico in giornata - da parte del Laboratorio di Analisi dell'Azienda - dei referti degli esami bioumorali, tramite **Millewin**
- codici di priorità nell'effettuazione visite specialistiche e accertamenti diagnostici
- presenza del CUP nella struttura
- profili assistenziali territoriali per patologie croniche a larga diffusione quali diabete mellito, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco cronico, BPCO.

3. Nella Casa della salute deve, inoltre, essere adeguatamente rappresentato il personale appartenente alle professioni sanitarie, con particolare riferimento a quello afferente alle aree della riabilitazione e della prevenzione.

Riabilitazione

Attualmente operano nel Distretto **6 fisioterapisti** a tempo indeterminato e **4 logopedisti**, che garantiscono la loro attività:

- nella palestra di riabilitazione e negli ambulatori del Poliambulatorio,
- a domicilio, con priorità per i casi ADI,
- nella RSA di Antey-St-André
- nelle strutture protette del Distretto.

Nella CdS queste figure professionali continueranno a garantire le loro prestazioni, a ciclo diurno, ai soggetti portatori, di tutte le età, di disabilità prevalentemente fisiche e ai minori segnalati per disagio scolastico, insieme a personale dell'area psicologica e di assistenza sociale nell'ambito di equipe multidisciplinare.

Nel progetto sono previste un'area per lo svolgimento di attività specifiche, con le necessarie separazioni (box di cura) e un ambiente palestra.

Va precisato che, a questo scopo, la RSA possiede già spazi e attrezzature adeguate.

Prevenzione

Rappresenta uno spazio strategico della Casa della Salute, nel quale:

- si costruiscono rapporti di collaborazione tra Servizi sociosanitari e cittadini
- si sviluppano programmi partecipati di intervento sui fattori ambientali, sulle cause di malattia
- si predispongono e si realizzano gli screening per la prevenzione delle principali patologie
- si impostano i programmi di educazione alla salute, anche attraverso l'intervento della scuola, con i Centri sociali degli anziani, con i Patronati dei Sindacati, con le organizzazioni di utenti e cittadini, con le Associazioni del volontariato.

Nel progetto della CdS di Châtillon, è prevista la collocazione degli spazi dedicati alle Assistenti Sanitarie e alle proiezioni funzionali del Dipartimento di Prevenzione per attività di sanità pubblica (medico e Veterinario di Sanità Pubblica operanti nel Distretto) che devono coinvolgere, tra l'altro, i medici di medicina generale, per valorizzarne la mole ingente di informazioni epidemiologiche e utilizzare al meglio il loro rapporto quotidiano con i cittadini.

La CdS proseguirà, nell'ambito delle attività distrettuali già in atto, nella realizzazione delle **campagne vaccinali** e degli **screening dei tumori della sfera genitale femminile, del cancro del colon retto, nella prevenzione primaria dell'ictus** nella popolazione compresa nella fascia di età 60-69 anni, degli **infortuni domestici**.

Il personale amministrativo dipendente dal distretto deve essere presente nella struttura per svolgere le funzioni di supporto per l'insieme delle attività tecnico-amministrative, ivi comprese quelle di segretariato che in essa si svolgono.

Il progetto della Casa della salute prevede spazi, personale e attrezzature destinate alle attività amministrative per il governo della

struttura, con personale adeguato per consistenza e professionalità già operante nel Distretto 3 (7 operatori, compresi gli operatori attualmente dedicati agli uffici di Scelta e Revoca, CUP e accoglienza/informazioni), per

- l'informazione e la comunicazione con i cittadini

- per il supporto delle attività sanitarie e sociali svolte nella Casa della Salute, in modo da semplificare i percorsi assistenziali dei cittadini e da “liberare” gli operatori, in particolare i medici di famiglia, dalle incombenze burocratiche che ne limitano e complicano l’esercizio della professione.

4. Presso la Casa della salute deve essere presente un servizio di ambulanze per il pronto intervento sul territorio (presenza del punto di soccorso mobile 118 dotato di medico a bordo presente 24 ore su 24) e per il trasporto infermi a meno che la regione non abbia diversamente organizzato il servizio.

A 50 m dalla Casa della Salute di Châtillon è prevista la presenza del punto di soccorso mobile 118, dotato di personale medico a bordo presente 24 ore su 24.

Si tratta di una **postazione sanitaria permanente** - già operativa - dove sono disponibili mezzi di soccorso e risorse in grado di garantire una prima risposta sanitaria all'Emergenza-Urgenza.

Sono disponibili competenze cliniche e strumentali, adeguate a fronteggiare e stabilizzare temporaneamente tali emergenze, fino alla loro attribuzione al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Aosta e/o di Ivrea.

Il Punto di Primo Intervento opera in stretto collegamento funzionale con il MCA e le altre strutture del Distretto, sulla base di comuni linee guida e protocolli operativi, per realizzare la continuità terapeutica tra il territorio e il Dipartimento di Emergenza e l'Elisoccorso:

Dotazione

Aree/spazi/locali

- Zona protetta per carico/scarico pazienti autopresentanti
- Zona di accoglienza (con registrazione, archivio e segreteria) e attesa
- Locale assistenziale/ambulatorio dotato di lavabo;
- Area/locale per l'osservazione temporanea, contigua al locale assistenziale, è l'area in cui il paziente può essere trattenuto in attesa di completamento diagnostico/terapeutico; garantisce lo spazio idoneo ad accogliere una barella e consentire l'attività contemporanea di 2 operatori.
- Servizio igienico per il personale
- Servizio igienico per i pazienti
- Servizio igienico accompagnatori
- Relax personale
- Locale/spazio per il materiale pulito
- Locale/spazio per il materiale sporco
- Locale/armadio spogliatoio personale
- Deposito attrezzature

Attrezzature

- Monitor defibrillatore manuale e semiautomatico con stimolatore transcutaneo
- Elettrocardiografo con modem
- Dispositivi dispensatori di Ossigeno
- Aspiratore elettrico
- Pulsossimetro
- Materiale di assistenza respiratoria adulto/bambino
- Presidi di immobilizzazione per il paziente traumatizzato
- Glucometro

- Set da suture con pinze emostatiche
- Otoscopio
- Frigorifero per conservazione farmaci
- Collegamento alla rete informatica aziendale
- Appareti radio per comunicazioni.

5. Nella Casa della salute deve essere attivato l'ambulatorio infermieristico e l'ambulatorio per le piccole urgenze non richiedano l'accesso al PS Ospedaliero

Nel progetto della CdS sono previsti spazi dedicati **all'ambulatorio infermieristico** - attualmente già operante nel Poliambulatorio.

Inoltre gli infermieri assegnati stabilmente al Distretto - pur mantenendo la loro autonomia professionale - continueranno ad operare in stretto rapporto di collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) nei moduli operativi integrati:

- l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVD),
- l'ADI,
- il Centro Diurno,
- la Residenza Sanitaria Assistenziale di Antey-St-André

Per quanto concerne le **piccole urgenze**, tenuto anche conto della vicinanza (20 km) del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Aosta, saranno definiti dei protocolli operativi che interesseranno MMG, MCA, MET, con il supporto infermieristico (v. punto 1)

6. Ai fini della integrazione tra attività sanitarie e attività socio-assistenziali, nella struttura deve essere presente lo Sportello Unico di Accesso all'insieme delle prestazioni ad integrazioni socio assistenziale.

Attraverso lo sportello unico ed il personale ad esso dedicato, si realizza la presa in carico del paziente attraverso l'affido diretto alle unità valutative e agli altri servizi da cui dipende la definizione e l'attuazione del percorso assistenziale individuale.

Nella CdS è identificata una **“Sede distrettuale di accesso al sistema degli interventi socio-assistenziali”**.

Per rendere operativa tale Sportello, sarà disponibile un locale ben individuato e attrezzato con arredo per archiviazione, computer, collegamento alla rete informatica e telefonica e facilità di accesso per gli operatori e i cittadini.

Lo Sportello distrettuale di accesso al sistema degli interventi socio-assistenziali - facente capo al Direttore di Distretto - funge da segreteria e da riferimento per gli utenti, i familiari, i medici, l'ospedale e gli altri operatori, ai quali deve fornire tutte le informazioni richieste rispetto alle modalità di accesso. A questo scopo è prevista la presenza di un operatore amministrativo.

Nella Casa della Salute di Châtillon si collocherà un'area riservata ai servizi sociali dove operano **5 Assistenti Sociali**.

Nella CdS hanno sede l'Unità Valutativa Distrettuale (UVD) e l'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG)

1. **L'Unità Valutativa Distrettuale(UVD)**, già esistente e facente capo al Direttore del Distretto, è costituita da un'équipe professionale, con competenze multidisciplinari, in grado di leggere le esigenze di cittadini con bisogni sanitari e sociali complessi e con il compito di rilevare e classificare le condizioni di bisogno per poter disegnare il percorso appropriato di presa in carico. L'UVD costituisce in sostanza il filtro della domanda e ha il compito di identificare per ciascun soggetto, segnalato dall'équipe socio-sanitaria, la soluzione assistenziale più adatta tra quelle disponibili o indicare altri idonei percorsi assistenziali.

L'Unità di Valutazione Distrettuale è così composta:

- a) Direttore del Distretto o medico responsabile degli interventi domiciliari;
- b) Coordinatore distrettuale del servizio infermieristico, competente per area territoriale;
- c) Assistente sociale coordinatore dei servizi per anziani competente per area territoriale;
- d) Coordinatori distrettuali dei servizi di riabilitazione, competenti per area territoriale.

L'UVD composta come sopra, in caso di ADI è integrata dal MMG/PLS curante dell'assistito, in qualità di Responsabile clinico.

Inoltre, in relazione alle situazioni da esaminare, in UVD può essere prevista la partecipazione di altre figure professionali sanitarie e sociali: medici specialisti, medico ospedaliero in caso di dimissione protetta, psicologo, educatore, assistente sociale del territorio per l'utenza con l'età inferiore ai 65 anni.

L'UVD rappresenta l'organismo distrettuale che si interfaccia con la struttura ospedaliera di degenza dell'assistito, formando con essa l'Unità di valutazione ospedaliera (UVO).

Spettano in particolare all'UVD i seguenti compiti:

1. analisi dei dati raccolti circa:
 - livello funzionale di autonomia dei soggetti da ammettere in ADI;
 - bisogni assistenziali dei soggetti e dei loro nuclei familiari;

- stato clinico dei soggetti.
- 2. elaborazione:
 - del programma di massima;
 - del parere tecnico;
 - della scheda di sintesi.
- 3. inserimento e dimissione dall'ADI.

2. Unità Di Valutazione Geriatria (U.V.G.)

Già operativa, rappresenta il nucleo di coordinamento per accedere ai servizi rivolti agli anziani residenti nel Distretto.

E' prevista la sua collocazione nell'ambito della CdS, come una funzione che utilizza, in modo organizzato e programmato, gli spazi ambulatoriali, e si avvale di una serie di professionalità in larga parte già presenti nella CdS.

Funzioni:(vedi DGR 2868/2006)

- Individuare, attraverso una valutazione multidimensionale, i bisogni sanitari e assistenziali delle persone anziane
- Identificare le risposte idonee privilegiando, ove possibile, il mantenimento dell'anziano presso il suo domicilio
- Predisporre un progetto di intervento individualizzato e, se deve prevedersi l'inserimento in una struttura residenziale, identificare la fascia d'intensità assistenziale adeguata;
- Predisporre la documentazione necessaria anche sotto il profilo delle valutazioni economiche per l'integrazione della retta da parte della Comunità Montana;
- Monitorare la realizzazione dei diversi progetti individualizzati.

Personale:

- Assistente Sociale
- Rappresentante della Comunità Montana "Monte Cervino"
- Coordinatore infermieristico del Distretto 3
- Coordinatore dell'area della Riabilitazione Distretto 3
- Medico Geriatra dell'USL Valle d'Aosta
- Amministrativo con funzioni di segretario

7. In contiguità con lo sportello unico di accesso deve essere allocato il Centro Unico Prenotazione (CUP) per tutte le prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale.

Nel progetto della Casa della Salute, il CUP è **previsto all'ingresso della struttura**, in modo da non interferire con le altre attività presenti all'interno.

Sono state prese in considerazione la facile accessibilità, il rispetto della privacy dell'utenza ed è prevista la dotazione di una sala dell'attesa con servizi annessi.

8. Al fine di realizzare la reale integrazione tra le attività di prevenzione, cura e riabilitazione con particolare riferimento alle persone affette da patologie croniche, l'organizzazione e la gestione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), è una delle funzioni che deve trovare collocazione all'interno della casa della salute. L'ADI deve essere intesa come un servizio multiprofessionale in cui attraverso il lavoro in team dei diversi professionisti che operano all'interno della struttura si realizza l'ospedalizzazione a domicilio e l'umanizzazione delle cure. Attraverso l'ADI inoltre si realizza l'addestramento del paziente e della sua famiglia alla gestione delle patologie croniche e recidivanti (Family learning).

Nella CdS di Châtillon, l'ADI disporrà di una propria sede e di mezzi di trasporto. Le attività sono realizzate al domicilio, salvo le fasi di programmazione, di coordinamento delle attività, di approfondimento dei casi, che saranno svolte nella Casa della salute.

L'ADI è costituita da un'équipe composta dal

- medico di famiglia competente per il caso,
- da infermieri,
- da assistenti sociali,
- da operatori sociosanitari,
- da specialisti che intervengono secondo le necessità rilevate dall'Unità di Valutazione Distrettuale e
- dal medico di medicina generale nel corso del trattamento.

A questo proposito, si allega il documento che regola il Sistema degli Interventi Domiciliari che è già operativo, nei Distretti della Valle d'Aosta.

IL SISTEMA DEGLI INTERVENTI DOMICILIARI

Definizione e Destinatari

Il Sistema degli interventi domiciliari si propone di promuovere – mediante l'integrazione delle competenze professionali medico-sanitarie con quelle sociali disponibili nel distretto – l'attuazione di programmi di cura e assistenza dedicati a soggetti di qualsiasi età, che necessitano di un'assistenza continuativa o limitata nel tempo, erogabile al loro domicilio e sostenibile dal nucleo familiare, favorendo il recupero o il mantenimento delle capacità residue di autonomia e di relazione ed evitando il ricorso improprio al ricovero in ospedale o in strutture residenziali.

Lo scopo prioritario è la promozione di una buona qualità della vita dell'utente e dei suoi familiari, per mezzo dell'intervento nelle dimensioni del benessere psico-fisico, dell'autonomia personale, della soddisfazione relazionale, affettiva e sociale, della condizione abitativa e della qualità dei servizi.

Il Sistema degli interventi domiciliari si fonda sui seguenti livelli di integrazione:

- a) istituzionale tra Azienda USL della Valle d'Aosta, Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali e Enti locali;
- b) fra livelli d'assistenza sanitaria (ospedale, strutture residenziali e semi-residenziali, assistenza primaria);
- c) fra competenze professionali mono e pluridisciplinari, finalizzate all'analisi multidimensionale dello stato della persona, alla valutazione unitaria dei bisogni, all'elaborazione del piano d'assistenza personalizzato e alla sua erogazione;
- d) fra la rete delle risorse pubbliche e le reti informali di solidarietà.

In particolare, il Sistema degli interventi domiciliari persegue i seguenti obiettivi specifici:

- a) cura e assistenza a persone le cui condizioni possono essere trattate efficacemente a domicilio, con particolare attenzione al miglioramento della qualità di vita;

- b) sostegno alla famiglia dell'utente;
- c) facilitazione nell'erogazione dei presidi e degli ausili;
- d) appropriatezza dei percorsi assistenziali;
- e) sostenibilità dei costi.

Livelli di intervento

Il Sistema degli interventi domiciliari si realizza nelle forme sottoriportate, distinte in base al livello di complessità.

Nell'intervento definito "di tipo semplice", la valutazione e la realizzazione sono monoprofessionali.

Nell'intervento definito "di tipo complesso" è necessaria la valutazione degli aspetti sociali e sanitari e la sua attuazione comporta l'integrazione di più figure professionali.

L'ADI può essere, quindi, definito quale insieme coordinato di prestazioni di carattere sanitario (mediche, infermieristiche e riabilitative) di norma integrate con interventi di natura socio-assistenziale (assistenza alla persona, disbrigo pratiche amministrative, sostegno psicologico, ecc.) erogate a domicilio e rivolte a soddisfare le esigenze di soggetti parzialmente, totalmente, temporaneamente o permanentemente non autosufficienti, aventi necessità di un'assistenza continuativa.

1. intervento socio assistenziale mono o multiprofessionale
(coordinatore del progetto: assistente sociale coordinatore dei servizi per anziani)

Ogni intervento di seguito riportato è valutato dal coordinatore del progetto, previo parere dell'assistente sociale competente sul caso specifico per le persone con meno di 65 anni:

- o fornitura e/o preparazione pasto al domicilio
- o igiene dell'ambiente
- o spesa e piccole commissioni
- o lavanderia
- o disbrigo pratiche (es. pagamento utenze varie, prenotazioni, ecc.)
- o igiene e cura della persona
- o compagnia e sostegno
- o accompagnamento in attività ricreative
- o accompagnamento a visite mediche o ad es. sedute di riabilitazione

Gli interventi sopra elencati sono:

- semplici quando prevedono interventi monoprofessionali e con bassa intensità (al massimo un intervento al giorno);
- complessi quando prevedono più interventi giornalieri da parte della stessa figura professionale (escludendo la semplice fornitura del pasto) o di figure professionali diverse (assistenti domiciliari e dei servizi tutelari/Adest/ operatori socio-sanitari/Oss - Educatori, ecc.).

2. intervento sanitario

2.1 semplice (ogni intervento di seguito riportato deve essere prescritto dal medico di medicina generale/ MMG o pediatra di libera scelta/PLS):

(coordinatore del progetto: coordinatore infermieristico)

- o l'assistenza infermieristica domiciliare (AID) quando non fa parte dell'ADI
- o l'assistenza riabilitativa domiciliare (ARD) quando non fa parte dell'ADI
- o l'assistenza programmata domiciliare da parte dei MMG per assistiti non deambulanti (ADP) secondo quanto stabilito dallo specifico Accordo Collettivo Nazionale
- o l'Ossigeno Liquido Terapia Domiciliare a Lungo Termine (OLTI)
- o la Dialisi Peritoneale Domiciliare

- l'assistenza Integrativa e Protesica
- le Prestazioni Aggiuntive rese al domicilio del paziente dal medico di medicina generale secondo quanto stabilito dallo specifico Accordo Collettivo Nazionale
- fornitura di farmaci e materiale sanitario
- altre forme di assistenza/prestazioni domiciliari (terapia antalgica a domicilio, ecc.).

2.2 complesso (ADI):

(coordinatore del progetto: coordinatore infermieristico)

- coincide con due o più interventi sanitari con il coinvolgimento del MMG/PLS e l'elaborazione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI);
- tra le prestazioni fornite è prevista l'assistenza medico-specialistica a domicilio.

3. intervento socio-sanitario (complesso - ADI)

(coordinatore del progetto: assistente sociale coordinatore dei servizi per anziani)

3.1 estensivo (ADI):

- intervento caratterizzato da una intensità terapeutica e riabilitativa media, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio e prolungato periodo definito
- comprende uno o più interventi sanitari e socio-assistenziali con la previsione di un termine temporale.

3.2 lungo assistenziale (ADI):

- intervento finalizzato a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi
- comprende uno o più interventi sanitari e socio-assistenziali senza la previsione di un termine temporale, in genere in presenza di problemi sanitari che richiedono interventi continuativi o di patologie a lenta evoluzione.

4. cure palliative

Interventi finalizzati a mantenere a domicilio pazienti con una breve aspettativa di vita non più suscettibili di cure sanitarie causali.

4.1 intervento sanitario complesso (ADI - vedasi punto 2.2)

(coordinatore del progetto: coordinatore infermieristico)

4.2 intervento socio-sanitario (ADI - vedasi punti 3)

(coordinatore del progetto: assistente sociale coordinatore dei servizi per anziani)

Si precisa che, per quanto concerne l'ADI, ogni intervento sanitario presuppone la responsabilità clinica del MMG/PLS.

Si precisa, inoltre, che i pazienti in ADI non sono soggetti a forme di partecipazione alla spesa sanitaria esclusivamente per le prestazioni collegate al PAI.

Standard organizzativi

Per realizzare il sistema degli interventi domiciliari, la Regione, l'Azienda USL, le Comunità montane e il Comune di Aosta garantiscono le risorse professionali adeguate, tenendo conto delle caratteristiche demografiche, epidemiologiche e organizzative di ogni ambito territoriale.

Al riguardo, è necessario evidenziare la peculiarità del Comune di Aosta per l'entità della popolazione, la vicinanza ai servizi ospedalieri, la presenza di strutture residenziali sanitarie e l'organizzazione dei servizi sociali.

Punto regionale di raccolta dati

L'Assessorato Sanità Salute e Politiche sociali in raccordo con l'Azienda USL della Valle d'Aosta e il Consiglio Permanente EE.LL (CPEL) individua un punto regionale di raccolta dati per il monitoraggio del sistema degli interventi domiciliari.

Sede distrettuale di accesso al sistema degli interventi domiciliari

Ogni Distretto socio-sanitario deve identificare una "Sede distrettuale di accesso al sistema degli interventi domiciliari" (di seguito "Sede").

Per rendere operativa tale Sede è necessario che sia disponibile un locale ben individuato e attrezzato con arredo per archiviazione, computer, collegamento alla rete informatica e telefonica e facilità di accesso per gli operatori e i cittadini.

La Sede distrettuale di accesso al sistema degli interventi domiciliari - facente capo al Direttore di Distretto - funge da segreteria e da riferimento per gli utenti, i familiari, i medici, l'ospedale e gli altri operatori, ai quali deve fornire tutte le informazioni richieste rispetto alle modalità di accesso. A questo scopo deve essere prevista la presenza di un operatore amministrativo.

Tale Sede, collegata con tutti gli operatori, funge altresì, da raccordo con il punto regionale di raccolta dati.

Unità valutativa distrettuale (UVD)

L'Unità Valutativa Distrettuale, facente capo al Direttore del Distretto, è costituita da un'équipe professionale, con competenze multidisciplinari, che sia in grado di leggere le esigenze di cittadini con bisogni sanitari e sociali complessi e con il compito di rilevare e classificare le condizioni di bisogno per poter disegnare il percorso appropriato di presa in carico. L'UVD costituisce in sostanza il filtro della domanda e ha il compito di identificare per ciascun soggetto, segnalato dall'équipe socio-sanitaria, la soluzione assistenziale più adatta tra quelle disponibili o indicare altri idonei percorsi assistenziali.

In ogni Distretto deve essere costituita l'Unità di Valutazione Distrettuale, così composta:

- a) Direttore del Distretto o medico responsabile degli interventi domiciliari;
- b) Coordinatore distrettuale del servizio infermieristico, competente per area territoriale;
- c) Assistente sociale coordinatore dei servizi per anziani competente per area territoriale;
- d) Coordinatori distrettuali dei servizi di riabilitazione, competenti per area territoriale.

L'UVD composta come sopra, in caso di ADI è integrata dal MMG/PLS curante dell'assistito, in qualità di Responsabile clinico.

Inoltre, in relazione alle situazioni da esaminare, in UVD può essere prevista la partecipazione di altre figure professionali sanitarie e sociali: medici specialisti, medico ospedaliero in caso di dimissione protetta, psicologo, educatore, assistente sociale del territorio per l'utenza con l'età inferiore ai 65 anni.

L'UVD rappresenta l'organismo distrettuale che si interfaccia con la struttura ospedaliera di degenza dell'assistito, formando con essa l'Unità di valutazione ospedaliera (UVO).

Spettano in particolare all'UVD i seguenti compiti:

1. analisi dei dati raccolti circa:
 - livello funzionale di autonomia dei soggetti da ammettere in ADI;
 - bisogni assistenziali dei soggetti e dei loro nuclei familiari;
 - stato clinico dei soggetti.
2. elaborazione:
 - del programma di massima;
 - del parere tecnico;
 - della scheda di sintesi.
3. inserimento e dimissione dall'ADI.

Equipe socio-sanitaria

A livello organizzativo/operativo in ciascun Distretto dovranno prevedersi una o più équipe di operatori territoriali cui affidare l'erogazione delle prestazioni, comprendente, in base ai Protocolli d'intesa sottoscritti dagli Enti interessati, le seguenti figure professionali:

Figure sanitarie:

- MMG/PLS
- infermieri
- operatori della riabilitazione

Figure socio-assistenziali:

- assistenti sociali
- ADEST/OSS

Dell'équipe socio-sanitaria potrà far parte, a giudizio dell'UVD, qualsiasi altra figura professionale (es. medici specialisti, psicologi, ostetriche, assistenti sanitarie, educatori, ecc.) utile alla soluzione dei problemi assistenziali della persona presa in carico, nonché il volontariato, con le modalità e nei limiti stabiliti dalla legislazione vigente.

L'équipe socio-sanitaria riconosce, come metodo di intervento, il lavoro di gruppo e, come strumenti, la cartella di assistenza domiciliare e le scale di valutazione multidimensionale, al fine di effettuare la valutazione e la verifica degli obiettivi da realizzare. A questo scopo si avvale del supporto della Segreteria della Sede distrettuale di accesso al sistema degli interventi domiciliari.

L'équipe socio-sanitaria svolge le seguenti funzioni:

- Elaborazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI), sulla base di quanto previsto dal Programma di massima elaborato dall'UVD;
- Individuazione del case-manager, che sarà il punto di riferimento del cittadino nel percorso individuato;
- Elaborazione del Piano di Lavoro dei singoli componenti dell'équipe operativa assistenziale con definizione dei tempi e luoghi dell'intervento, turni, orari di accesso ecc.;
- Verifica periodica dell'andamento del PAI e analisi degli eventuali problemi emersi nel corso dell'assistenza.

Iter degli interventi domiciliari

L'iter degli interventi domiciliari è l'insieme delle attività che si succedono in maniera logica, articolate per fasi, e destinate all'erogazione di una prestazione domiciliare all'utente.

Le fasi di tale processo sono:

- 1) la segnalazione, che può pervenire da diversi soggetti (cittadino interessato, famiglia, MMG/PLS, Ospedale, strutture semiresidenziali o residenziali, altri servizi territoriali, enti locali, rete del volontariato, ecc.), può essere raccolta da:

- *Funzionari degli Enti Locali, ADEST e OSS*
- *Operatori sanitari distrettuali dell'Azienda USL*
- *Servizio sociale ospedaliero e/o aziendale, regionale e del Comune di Aosta*

L'operatore tra quelli sopraelencati, che per primo riceve la segnalazione, compila la scheda di primo contatto e la invia alla Sede, dove viene registrata e inviata ai coordinatori professionali di competenza. Nel caso in cui la segnalazione sia pervenuta mediante prescrizione medica, questa dovrà essere tradotta in scheda informatica e trasmessa al coordinatore sanitario di competenza.

Il coordinatore di competenza effettua una prima valutazione del bisogno e o individua l'operatore che deve intervenire, o attiva l'UVD. In caso di prestazioni sanitarie semplici richieste con prescrizione medica l'operatore sanitario competente provvederà direttamente a garantire la prestazione.

2) la valutazione

La valutazione, in termini di analisi del bisogno e definizione dei problemi, effettuata attraverso gli strumenti di valutazione multidimensionale ed in base alle complessità evidenziate, può coinvolgere diverse figure professionali o richiedere la valutazione dell'équipe multidisciplinare. Per i pazienti ricoverati la valutazione viene fatta in collaborazione con il reparto ospedaliero interessato.

3) la presa in carico e la definizione del piano assistenziale individuale (PAI)

Nel caso in cui l'UVD identifichi l'assistenza domiciliare integrata come la risposta più appropriata, l'équipe socio-sanitaria provvede a formulare il piano assistenziale individuale (PAI) con la definizione dei bisogni dell'utente e della sua famiglia, degli obiettivi assistenziali, delle modalità di realizzazione di intervento (prestazioni, operatori, tempi e metodi di lavoro), degli ausili e presidi necessari, del case manager, delle modalità di verifica e controllo sugli esiti e sulla qualità delle prestazioni per il follow-up periodico.

4) la verifica

Si realizza tramite le riunioni dell'équipe socio-sanitaria. Le riunioni sono uno strumento di lavoro non solo nella programmazione ma anche nella fase operativa, per assumere decisioni di natura assistenziale, rivedere periodicamente le procedure assistenziali, la congruenza tra prestazioni erogate e i bisogni alla luce dei risultati ottenuti.

5) la conclusione

La conclusione dell'intervento domiciliare si compie con il raggiungimento degli obiettivi assistenziali, la conseguente dimissione o il passaggio ad altro livello assistenziale.

VALUTAZIONE DEL SISTEMA DEGLI INTERVENTI DOMICILIARI

La valutazione del sistema degli interventi domiciliari permette di verificare il rispetto di alcune caratteristiche di fondo per evitare interventi inappropriati e inefficienze.

Preso atto che si è ancora lontani dal realizzare un sistema fondato sull'accreditamento dei servizi erogatori e sulla standardizzazione della qualità delle prestazioni erogate - non soltanto in termini procedurali ma anche rispetto al raggiungimento degli obiettivi di salute attraverso la definizione di outcome specifici - ci si limita, avendone definito l'iter, a prendere in considerazione indicatori di attività e di appropriatezza relativi ai percorsi organizzativi degli interventi domiciliari. Rispetto, invece, alle singole prestazioni professionali, nonché ai risultati conseguiti - anche a seguito di un confronto con le altre realtà regionali e con lavori svolti da gruppi interregionali - si ritiene di dover demandare ad un gruppo tecnico-scientifico, l'eventuale definizione di standard minimi assistenziali.

Il documento propone, quindi, un sistema di valutazione dell'ADI (intervento sanitario complesso, intervento socio-sanitario e cure palliative), quale traccia da seguire e adattare all'intero sistema degli interventi domiciliari.

Valutazione dell'ADI

Strumenti per la raccolta dei dati

Alcuni strumenti per la raccolta dei dati sono già esistenti, altri sono stati elaborati ad hoc.

Le principali fonti di dati già esistenti sono:

- cartelle sanitarie e assistenziali
- i sistemi di rilevazione di attività dei singoli operatori e specialisti consulenti
- i report delle spese indotte attribuibili ai singoli assistiti (assistenza protesica, farmaceutica e specialistica, ossigeno terapia, nutrizione artificiale, materiale sanitario)
- la modulistica dell'accesso e dell'assistenza domiciliare, approvata con la Deliberazione della Giunta regionale n. 1801 del 31/5/04 e successive modificazioni :
 - Scheda raccolta dati utente
 - Scheda programma di massima
 - Scheda PAI

E' stata inoltre elaborata una "Scheda riepilogativa ADI" (allegata), in fase di approvazione formale da parte della Direzione Politiche sociali, per la raccolta dei dati relativi alle prese in carico attivate in ogni Distretto, al fine della loro trasmissione al punto regionale di raccolta dati per il relativo monitoraggio.

Flussi e livelli di responsabilità

In base a quanto disposto dal Provvedimento dirigenziale n. 4248/2005, i flussi informativi possono così sintetizzarsi.

I coordinatori di progetto e i coordinatori professionali (sia sociali che sanitari) provvedono a raccogliere i dati di competenza, ovvero a sollecitarne la raccolta.

I dati sono sintetizzati a cura del coordinatore del progetto nella "scheda riepilogativa ADI" che poi viene regolarmente inoltrata ai Direttori di Distretto.

Ad esclusione dei dati di spesa che seguiranno procedure aziendali, i Direttori di Distretto inviano le "schede riepilogative ADI", dopo averle validate, alla Struttura semplice ADI dell'AUSL.

Questa inoltra i dati al punto regionale di raccolta dati che provvede a elaborare i medesimi e a fornire ai Direttori di Distretto, nonché agli Enti preposti, la sintesi (report) dei risultati riferiti agli indicatori previsti, ciascuno per quanto di competenza.

In allegato la prima ipotesi di "report" elaborato dal Gruppo tecnico misto per il monitoraggio strategico e gestionale dell'ADI costituito con Provvedimento dirigenziale n. 1891 del 2006.

Normativa nazionale di riferimento

L'ADI va inquadrata nell'ambito delle norme generali che disciplinano l'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale, all'interno delle quali sono previsti specifici riferimenti:

- D. Lgs. 502/92 e D. Lgs. n. 229/99 –
Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale
- DPCM 14 febbraio 2001
Atto di indirizzo e coordinamento relativo all'integrazione socio-sanitaria
- DPCM 29 novembre 2001
I Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria
- Piano Sanitario Nazionale 2002-2004
- Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali L. n. 328/2000

Disposizioni regionali

Legge regionale 20 giugno 2006, n. 13 concernente l'approvazione del Piano per la salute ed il benessere sociale per il triennio 2006/2008

Deliberazioni della Giunta regionale

- n. 1801 del 31 maggio 2004 "Approvazione delle disposizioni inerenti alla composizione, alle competenze e alle modalità di funzionamento delle Unità di Valutazione Geriatria, dei criteri e dei punteggi per la formazione delle graduatorie per l'accesso alle strutture semi-residenziali e residenziali, della modulistica per l'accesso ai servizi per anziani e inabili (residenziali, semi-residenziali e assistenza domiciliare integrata) di cui alla l.r. n. 93/1982. Revoca delle dgr n. 2387/2001 e 4229/2001."
- n. 4509 del 6 dicembre 2004 "Approvazione delle "linee guida per l'erogazione dell'assistenza domiciliare integrata - ADI" nonché dello schema tipo di protocollo d'intesa da sottoscrivere con gli Enti interessati."

Provvedimenti dirigenziali

- n. 4248 del 13 settembre 2005 "Approvazione del modello organizzativo e della definizione delle varie funzioni necessarie all'espletamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata - ADI, ai sensi della Deliberazione della Giunta regionale n. 4509 in data 6 dicembre 2004."

- n. 1891 del 27 aprile 2006 “Costituzione, ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 4509 del 6 dicembre 2004, di un gruppo tecnico misto per il monitoraggio strategico e gestionale dell’ADI - Assistenza domiciliare integrata.”.
- 102 del 12 gennaio 2007 “Approvazione di una nuova “scheda di primo contatto sociale-sanitaria” per l’accesso ai servizi di cui alla l.r. 93/1982 “Testo Unico delle norme regionali in materia di promozione di servizi a favore delle persone anziane e inabili” che sostituisce la scheda B di cui alla dgr 1801/2004”.

9. La Casa della salute deve rappresentare il luogo della partecipazione democratica, dove i cittadini e le associazioni di tutela dei pazienti contribuiscono alla programmazione dei servizi e delle attività e sono chiamati a valutare i risultati ottenuti in termini di salute e di benessere percepito

Partecipazione

La Casa della Salute di Châtillon è costruita e realizzata sul principio della **centralità dei cittadini**. I percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, la presa in carico, l'orientamento di pazienti e familiari all'interno del sistema rappresenteranno i binari obbligati per lo svolgimento dell'intera attività. L'operatività della Casa della salute è costruita per rispondere a questi bisogni.

A tal fine è prevista anche l'ospitalità delle Associazioni del Volontariato e quelle di tutela dei pazienti, tenuto conto dell'importante ruolo che queste storicamente svolgono nella realtà sanitaria valdostana.

Si prevede quindi - in collegamento al Piano di Zona - alla costituzione di gruppi di lavoro comune con istituzioni scolastiche, centri sociali, terzo settore, parrocchie, organizzazioni sindacali, amministratori locali, associazioni del volontariato allo scopo di:

- proporre e valutare iniziative
- predisporre materiale informativo
- organizzare campagne di comunicazione e programmi mirati di promozione della salute.

Inoltre in sede di valutazione dei risultati bisognerà predisporre alcuni "servizi di monitoraggio":

- Audit
- Confronti fra operatori pubblici e soggetti sociali per definire sistemi di valutazione e formulare impegni comuni.

per definire modi e tempi del controllo dei risultati.

Competenza e alfabetizzazione sanitaria

La parola chiave della *Casa della Salute* dovrà necessariamente essere la competenza nelle sue varie accezioni:

Comunità competente, nel senso di "insieme strutturato di conoscenze, capacità e atteggiamenti necessari per svolgere efficacemente i propri compiti";

Cittadino competente, nel senso di "piena capacità di orientarsi in determinate questioni, come la salute".

In questa dimensione il Cittadino competente assume una duplice posizione: da una parte oggetto di particolare attenzione affinché diventi soggetto attivo, ovvero risorsa, per il buon funzionamento dei servizi distrettuali (vedi sopra) dall'altro affinché venga istruito nella materia sanitaria (alfabetizzazione sanitaria).

La casa della salute, tramite le attività di assistenza primaria e d'integrazione socio-sanitaria, rappresenta un ambito privilegiato - anche attraverso il dialogo con gli operatori - per studiare e promuovere l'alfabetizzazione sanitaria, allo scopo di creare cittadini "competenti" e ridurre le disuguaglianze.

Infatti è ormai ampiamente dimostrato che l'educazione terapeutica riveste un ruolo di primaria importanza per la gestione delle patologie croniche e di stati fisiologici specifici (per es. gravidanza e allattamento), come anche nella promozione di corretti stili di vita e nella prevenzione secondaria.

10. Nella Casa della salute deve trovare implementazione la tele-medicina e il teleconsulto a distanza, attraverso la messa in opera di una piattaforma tecnologica che consenta il collegamento in tempo reale con l'ospedale/i di riferimento, per la diagnostica di secondo livello.

La Casa della Salute di Châtillon sarà coinvolta dal progetto dell'Amministrazione Regionale della Valle d'Aosta, denominato "Welfare e Territorio", attualmente in fase di sperimentazione, che prevede, a regime, l'avvio, nell'ambito dell'assistenza sanitaria, di servizi di **teleassistenza, trasmissione d'immagini e telerefertazione.**

Nelle Residenze Sanitarie della regione è già attivo un servizio di **Telecardiologia**, che permette al medico e agli operatori sanitari, di effettuare esami elettrocardiografici standard presso il proprio ambulatorio - o presso il domicilio del paziente - e di sottoporli in tempo reale a Medici Cardiologi, operanti presso una Centrale di telerefertazione.

POCT (vedi sopra)

In aggiunta a quanto previsto dalle linee indicate dall'Allegato A del DM de 10 luglio 2007, nel progetto della Casa della Salute di Châtillon sono previsti **ulteriori servizi socio-sanitari e sociali:**

SerT:

Nel progetto è previsto l'avvio di un nuovo servizio SerT, in aggiunta e in collegamento con quello di Aosta, dotato di spazi autonomi nella struttura e personale dedicato, al fine di contrastare la diffusione della dipendenza da alcool e da sostanze psicotrope, fenomeno rilevante dal punto di vista epidemiologico nel Distretto 3.

L'attività del SerT sarà coordinata con i servizi di cure primarie, i servizi sociali, le Istituzioni Scolastiche, le Associazioni Sportive e i gruppi di aiuto-aiuto, soprattutto nelle attività di prevenzione nella fascia giovanile.

SERVIZI di SALUTE MENTALE:

Nella Casa della Salute di Châtillon continuerà ad essere erogata l'assistenza psichiatrica, neuropsichiatria infantile e psicologica, dell'area adulti e minori, nell'ambito del **Dipartimento di Salute Mentale.**

A queste attività sono dedicati spazi autonomi nella struttura.

Tali servizi garantiranno l'assistenza specialistica alla **Comunità Terapeutica Psichiatrica Riabilitativa "La Lumière"**, situata in prossimità (100m) della struttura che ospiterà la CdS.

CENTRO DIURNO:

Accanto alla struttura che ospiterà la CdS è attivo un **Centro Diurno** in cui attualmente viene effettuata attività di cure domiciliari per gli ospiti. Il Centro

Diurno rappresenta un anello della rete territoriale di assistenza socio-sanitaria nel Distretto.

RSA:

La RSA - dotata di un modulo di 20 posti letto - è situata nel comune di Antey-Saint-Andrè, piccolo comune situato nella Valtournenche, a 1100 m di altezza, e a 10 Km da Châtillon, sede della Casa della salute.

L’RSA di Antey opera a partire dal 2 agosto 2004, ed è stata la prima struttura di cure intermedie nella regione, con finalità riabilitativo-assistenziali.

Si differenzia dalle strutture già esistenti sul territorio per la mission, per la multiprofessionalità dell’equipe, e per le strategie comunicative che vengono adottate sia con l’esterno (operatori ospedalieri, famiglia e/o operatori sociosanitari territoriali), sia all’interno della struttura.

L’attività si caratterizza per 3 elementi:

- Integrazione tra i servizi sanitari e di questi con quelli sociali;
- Continuità del percorso clinico-assistenziale attraverso i vari nodi della rete dei servizi situati nel territorio di riferimento;
- Coordinamento degli interventi e delle professionalità coinvolte.

L’Azienda USL della Valle d’Aosta, gestore del servizio, rappresentato nell’R.S.A dal Direttore Sanitario (il quale è anche il Direttore del Distretto 3) e dal Coordinatore Infermieristico, ha affidato la erogazione del servizio delle attività assistenziali, alberghiere della R.S.A. a operatori diverse ditte appaltatrici (pulizie, servizi alberghieri, assistenza infermieristica e tutelare), gli operatori della riabilitazione (fisioterapista e logopedista) sono operatori afferenti direttamente al Distretto 3 e dipendenti AUSL.

Il periodo di degenza viene definito secondo le indicazioni del progetto riabilitativo e nel corso del 2006 la durata della degenza media è stata pari a 33 giorni.

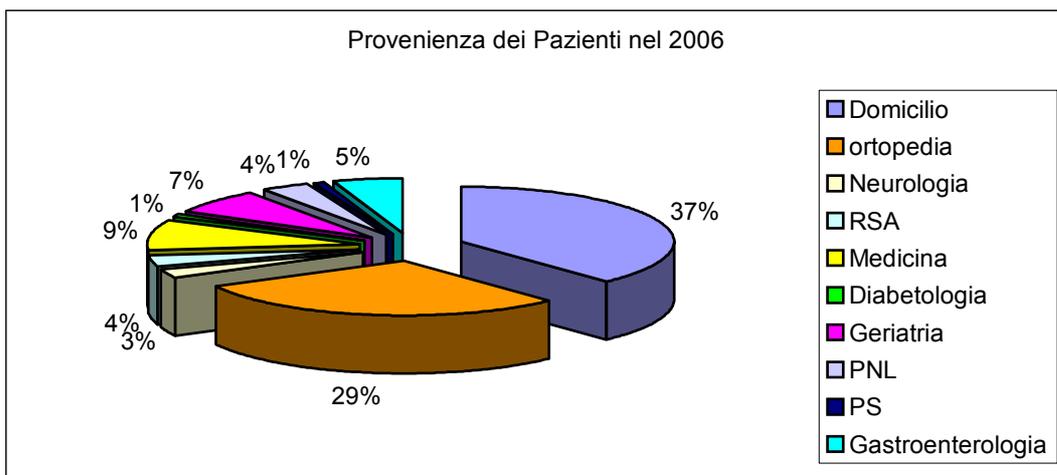
La residenza è inserita in uno stabile di 4 piani, dove trovano collocazione i locali del Consultorio, la sede dei Medici di Continuità assistenziale (guardia medica), la sede ambulatoriale dei Medici di Medicina Generale della zona, la Microcomunità per Anziani. E’ suddivisa su 3 piani, un piano nucleo degenza, un piano palestra e depositi, un piano sala mensa e sale svago.

Nella RSA, per il nucleo definito di 20 posti letto, è previsto il seguente personale addetto esclusivamente all’assistenza degli ospiti:

Indicatori di risorse

Numero di posti letto	20
MMG e Consulente Geriatra	11 min per ospite /giorno
Infermieri	72 min per ospite/giorno
Personale ausiliario	120 min per ospite/giorno
Fisioterapista	72 ore /sett
Logopedista	10 ore/sett
Educatore	½ ora per ospite/sett
Cord. infermieristico	36 ore /sett
Fisiatra	5 ore/sett
Consulenza specialistica	A richiesta

La RSA di Antey di fatto svolge anche la funzione, non formalizzata, di Ospedale di Comunità, infatti il 37% degli utenti accede direttamente dal domicilio, tramite il MMG:



CONSULTORI FAMIGLIARI:

Nel Distretto 3 sono già presenti **4 Consultori Familiari**, gestiti con personale che attualmente fa capo al Poliambulatorio e che rientrano nel progetto della Casa della Salute di Châtillon.

I Consultori agiscono nel campo della promozione della salute della donna e del bambino, dell'educazione alla vita degli adolescenti, della promozione dell'allattamento, per l'educazione della donna al parto, per il contrasto delle pratiche abortive, per la prevenzione dei rischi nel campo della maternità e infanzia (aborti bianchi, lotta ai tumori femminili, lotta alle malformazioni).

4. COSTI E TEMPI DI REALIZZAZIONE

Per la realizzazione della Casa della salute di Châtillon è stato realizzato un progetto di riconversione, mediante ristrutturazione, dell'edificio attualmente dedicato a Poliambulatorio del Distretto e di un adiacente utilizzato a Centro Diurno per Anziani, quest'ultimo messo a disposizione dal Comune di Châtillon.

L'intervento di edilizia sanitaria si preannuncia particolarmente delicato ed oneroso per tre motivazioni sostanziali:

1. L'edificio è sottoposto a vincoli architettonici ed urbanistici particolarmente stringenti sia perché inserito nel centro storico del Comune sia perché considerato immobile di pregio e di interesse architettonico;
2. L'edificio deve mantenere la propria funzionalità nel periodo di svolgimento delle opere di ristrutturazione e di restauro conservativo, mediante la creazione di apposite aree "polmone" per la delocalizzazione provvisoria delle attività sanitarie ed amministrative ivi svolte;
3. L'edificio deve adeguarsi ad una diversa distribuzione spaziale delle attività ivi svolte, maggiormente confacenti agli indirizzi ed alle finalità previste dal progetto di "Casa della Salute".

L'intervento di edilizia sanitaria territoriale consiste - sinteticamente - in lotti distinti sequenziali:

- a) La realizzazione del nuovo ingresso alla struttura nell'attuale piano primo degli spazi adibiti a Centro Diurno per Anziani, con la creazione dei nuovi uffici del centro unico di prenotazione (CUP) e gli altri uffici amministrativi periferici (UAP), nonché dei locali per i prelievi di sangue e la relativa sala d'attesa;
- b) Il collegamento tra il nuovo ingresso e l'area del poliambulatorio;
- c) L'adeguamento delle aree del secondo piano degli spazi attualmente adibiti a Centro di Incontro per persone anziane, precisando che le opere di cui trattasi sono necessarie per disporre di locali liberi nello svolgimento delle successive opere di ristrutturazione;
- d) La realizzazione delle opere di ristrutturazione al piano terreno per la creazione degli ambulatori dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS) e del Ser.T.;
- e) La realizzazione del collegamento di superficie coperto, tra la struttura oggetto dell'intervento di ristrutturazione e l'edificio adibito a sede della Centrale periferica del Soccorso Sanitario 118, nonché a parcheggio pubblico comunale;
- f) Le opere di ristrutturazione e di adeguamento funzionale necessarie per una distribuzione più armonica delle attività sanitarie, amministrative e di supporto nell'ottica del progetto della "Casa della salute".

Il costo totale dell'intervento ammonta a circa 1,6 milioni di euro, spese tecniche ed oneri accessori e fiscali inclusi per un periodo di tempo di circa tre anni.

Si rappresenta che i costi d'allestimento degli elementi di arredo, nonché delle apparecchiature sanitarie, non restano a carico dell'Azienda USL della Valle d'Aosta.

In ogni caso si rinvia alla documentazione progettuale di sintesi prodotta in allegato al presente documento.

Per quanto riguarda il personale, il progetto prevede l'impiego degli operatori e professionalità attualmente presenti nel Distretto 3.

5. EFFICACIA

Alla Casa della Salute viene richiesto di rispondere alla domanda di modernizzazione del sistema sanitario, dando rilievo alla promozione della salute e alla prevenzione accanto alla cura e riabilitazione, fornendo un filtro all'assistenza secondaria e terziaria, assicurando l'integrazione tra i servizi sanitari e socio-assistenziali, garantendo la continuità assistenziale e favorendo la partecipazione dei cittadini.

Sono questi i motivi per cercare quante più informazioni possibili, ma per ragioni pratiche si deve limitare il numero degli indicatori ad alcune "aree sentinella". Si tratta, quindi, di prendere in considerazione indicatori che appartengono ad un sistema di valutazione multidimensionale della performance in generale, i cui dati sono già disponibili nel sistema informativo aziendale (o che si possono realisticamente rilevare).

A tal proposito, la misura della performance è ritenuta parte integrante di un moderno governo delle istituzioni pubbliche ed in particolare di quelle sanitarie. Su di essa si basa la possibilità di stabilire traguardi, gestire le risorse e valutare l'efficacia ed efficienza dei servizi erogati (1).

Per la misura della performance ci si deve avvalere di indicatori di performance, ovvero di *"strumenti di misura che possono essere usati per monitorare e valutare la qualità dell'assistenza, dei servizi di sostegno e delle pratiche organizzative che influenzano gli esiti per gli utenti"*.

In ogni caso, la varietà e l'ampiezza delle funzioni della Casa della Salute costringono ad individuare le aree di analisi verso ciò che è "assolutamente necessario" ed il cui mancato assolvimento può mettere in discussione il raggiungimento degli obiettivi. Si è così ritenuto di prendere in considerazione cinque aree di performance, prospettando uno o pochi indicatori per ognuna di esse (2)

La selezione degli Indicatori di Performance, attraverso i quali "leggere" i risultati, deve ispirarsi a sua volta al concetto di bilanciamento; coerentemente con la multidimensionalità di tali strumenti, lo spettro di grandezze impiegate deve necessariamente offrire una visione il più possibile organica ed esaustiva dei fenomeni che determinano le performance della *Casa della Salute*.

Aree di Performance	Indicatori di Performance
"Produzione" della salute	Mortalità evitabile
Assistenza efficace, efficiente, appropriata e tempestiva	<ul style="list-style-type: none"> - lunghezza liste di attesa per prestazioni ambulatoriali - tasso di vaccinazioni dell'infanzia - tasso di ricoveri "evitabili" (per asma e diabete) - prescrizione di benzodiazepine nell'assistenza primaria - certificazioni per IVG in minori (comprese le recidive) - diagnosi precoce dei tumori del seno ed utero: percentuale di donne 50-64 anni che fanno una mammografia ogni due anni e percentuale di donne 25-64 anni che fanno un Pap-test ogni 5 anni
Disuguaglianze di trattamento in rapporto allo stato socio economico	<ul style="list-style-type: none"> - Prestazioni domiciliari correlate al livello d'istruzione degli assistiti

Misura dell'esperienza dei pazienti/utenti (qualità percepita)	N. segnalazioni/reclami pervenuti (in presenza di un sistema di rilevamento)
Coinvolgimento dei cittadini nelle decisioni sanitarie	N. riunioni collegiali (di qualsiasi tipo) con partecipazione di cittadini e/o di pazienti

Stante la complessità di stabilire il contributo che la Casa della Salute, siano essi di natura preventiva o curativa, forniscono alla "produzione" di salute (che si accompagna alla difficoltà di definire la stessa salute collettiva), in letteratura è stato proposto di ricorrere alla misura della **mortalità evitabile**. Tale indicatore, che ha il vantaggio di essere facilmente disponibile va inteso come un segnale della potenziale debolezza dell'assistenza sanitaria, specialmente di livello territoriale, tale da richiedere ulteriori approfondite indagini.

Per quanto riguarda l'erogazione di assistenza efficace, efficiente, appropriata e tempestiva si è proposto di ricorrere alla misura di solo **sette indicatori** che possono coprire, sempre con significato di "eventi sentinella", i vari aspetti del problema.

Circoscrivere il tema delle **disuguaglianze** al momento del trattamento significa avere la bravura o la fortuna di centrare con un solo colpo la dinamica esistente tra un sistema sanitario improntato ai principi di universalità e l'applicazione di tali principi.

In realtà si conoscono molti possibili motivi che condizionano l'erogazione di un determinato trattamento:

- epidemiologici (clinici o per preferenze dei clienti-assistiti);
- casuali (differenze legate all'offerta, intese come diversa disponibilità di determinati trattamenti, o nel livello di conoscenze tra i medici);
- legati alle caratteristiche socioeconomiche e culturali dei clienti-assistiti.

Essendo però il distretto l'organizzazione dove si realizza l'integrazione fra bisogno, domanda ed offerta ed il luogo dove s'identificano le esigenze in funzione della "territorialità" (equità sanitaria), non si può parlare di performance se si trascurasse di indagare questa fondamentale dimensione della performance stessa.

La molteplicità di strutture e delle funzioni della Casa della Salute rende necessario che venga misurata la **qualità percepita** da parte dei pazienti, in quanto rappresenta un importante indicatore della soddisfazione dell'utente.

Il rilevamento della soddisfazione dell'utente è ormai una prassi consolidata sia nel settore privato che in quello pubblico, ma non ha ancora assunto una funzione strategica nella valutazione degli interventi sanitari: una politica della salute, che voglia avvicinarsi al cittadino, rendere più efficace la sua azione e rispondere al requisito di soddisfazione dell'utenza, necessita di una modalità di controllo e di misurazione della percezione del servizio erogato che consenta di valutare le aree di forza e di debolezza della prestazione sanitaria.

1. Morosini P. *Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale*. Rapporti Istisan 04/29
2. Panà A., Muzzi A., Cosa G., *La sfida della misurazione della performance nei Distretti*. Atti del 5° Congresso nazionale CARD. San Marino. 2006

6. ALLEGATO: DOCUMENTAZIONE DI PROGETTO

Indice generale

RIDISTRIBUZIONE FUNZIONI POLIAMBULATORIO CHATILLON..... 1

LOTTO I..... 2

1.CENTRO ANZIANI 1° PIANO..... 3

DESCRIZIONE INTERVENTO..... 3

RIPERCUSSIONI SUL FUNZIONAMENTO DEL POLIAMBULATORIO..... 3

2.CENTRO ANZIANI 2° PIANO..... 3

DESCRIZIONE INTERVENTO..... 3

RIPERCUSSIONI SUL FUNZIONAMENTO DEL POLIAMBULATORIO..... 3

2.CASA SARTEUR 1° PIANO..... 3

DESCRIZIONE INTERVENTO..... 3

RIPERCUSSIONI SUL FUNZIONAMENTO DEL POLIAMBULATORIO..... 3

TAVOLA: DISTRIBUTIVO CENTRO ANZIANI 1° PIANO – CASA SARTEUR 1° PIANO

TAVOLA: DISTRIBUTIVO CENTRO ANZIANI 2° PIANO

LOTTO II..... 4

1.CASA SARTEUR PIANO TERRA..... 5

DESCRIZIONE INTERVENTO..... 5

RIPERCUSSIONI SUL FUNZIONAMENTO DEL POLIAMBULATORIO..... 5

2. AREA TRA CENTRO ANZIANI E USCITA PARCHEGGIO SOTTERRANEO..... 5

DESCRIZIONE INTERVENTO..... 5

DESCRIZIONE INTERVENTO..... 5

RIPERCUSSIONI SUL FUNZIONAMENTO DEL POLIAMBULATORIO..... 5

TAVOLA: DISTRIBUTIVO CASA SARTEUR PIANO TERRA

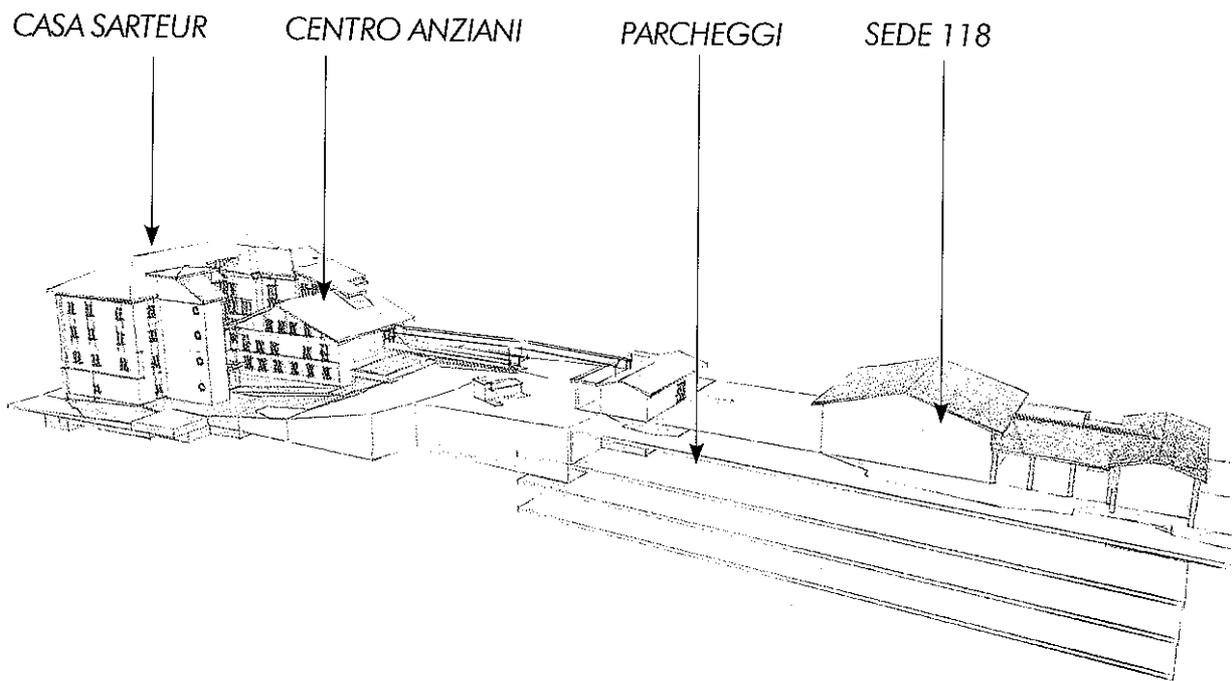
TAVOLA: DISTRIBUTIVO AREA TRA CENTRO ANZIANI E USCITA PARCH SOTTERRANEO

LOTTI SUCCESSIVI..... 6

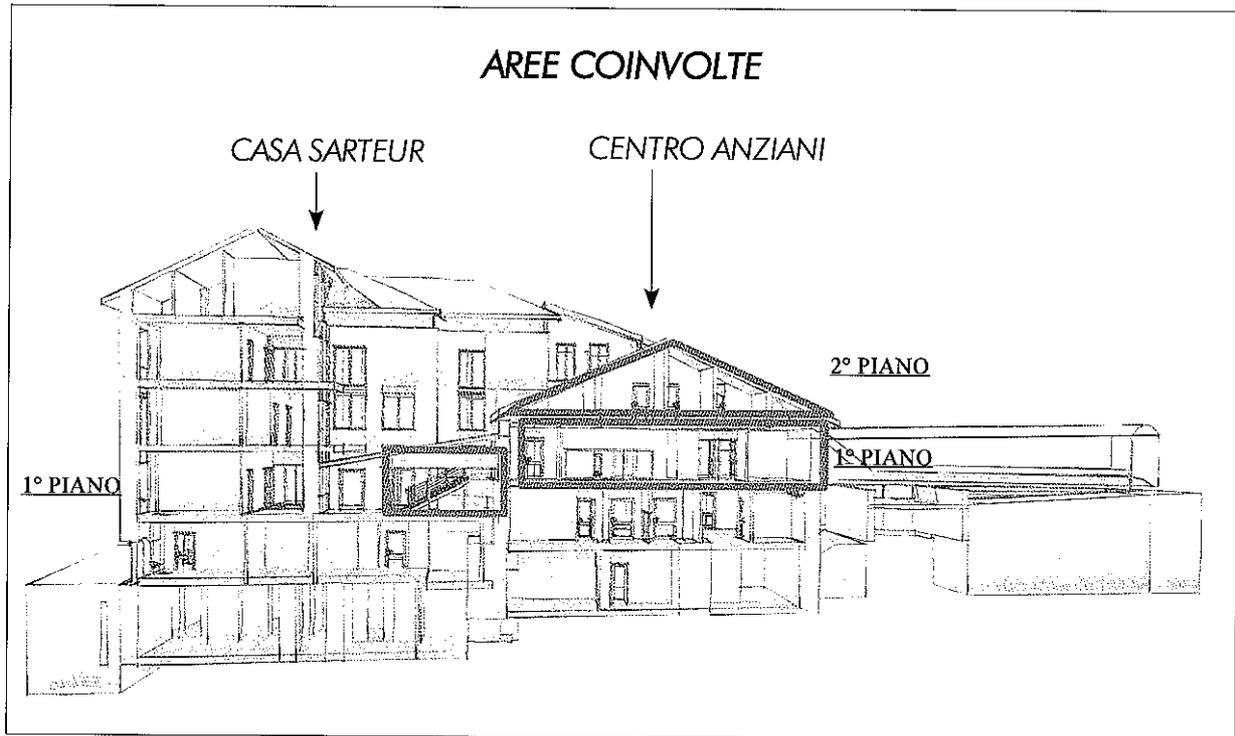
RIDISTRIBUZIONE FUNZIONI POLIAMBULATORIO CHATILLON

Intervento strutturato per Lotti - stima dei costi

COMPLESSO POLIAMBULATORIO CHATILLON



LOTTO I



1. CENTRO ANZIANI 1° PIANO

DESCRIZIONE INTERVENTO

- Nuovo accesso al poliambulatorio
- CUP e UAP
- Sala prelievi

RIPERCUSSIONI SUL FUNZIONAMENTO DEL POLIAMBULATORIO

- Nessuna

2. CENTRO ANZIANI 2° PIANO

DESCRIZIONE INTERVENTO

- Nuovi ambulatori, da destinare in via definitiva a:
 - Ambulatori
- Da destinare, in via provvisoria:
 - Spazi a servizio degli spostamenti necessari per l'esecuzione dei lavori

RIPERCUSSIONI SUL FUNZIONAMENTO DEL POLIAMBULATORIO

- Nessuna

2. CASA SARTEUR 1° PIANO

DESCRIZIONE INTERVENTO

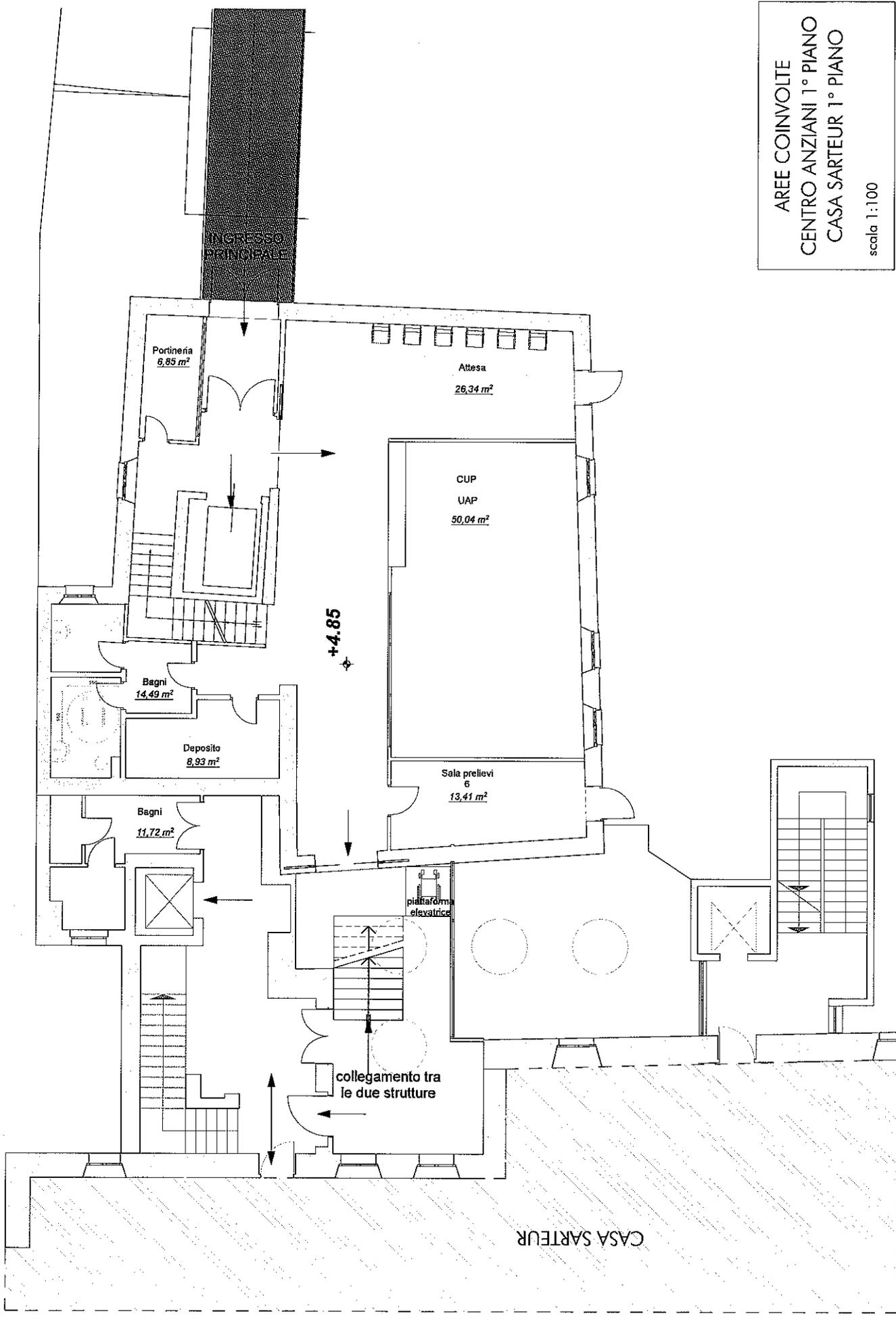
- Collegamento tra il Centro Anziani e Casa Sarteur

RIPERCUSSIONI SUL FUNZIONAMENTO DEL POLIAMBULATORIO

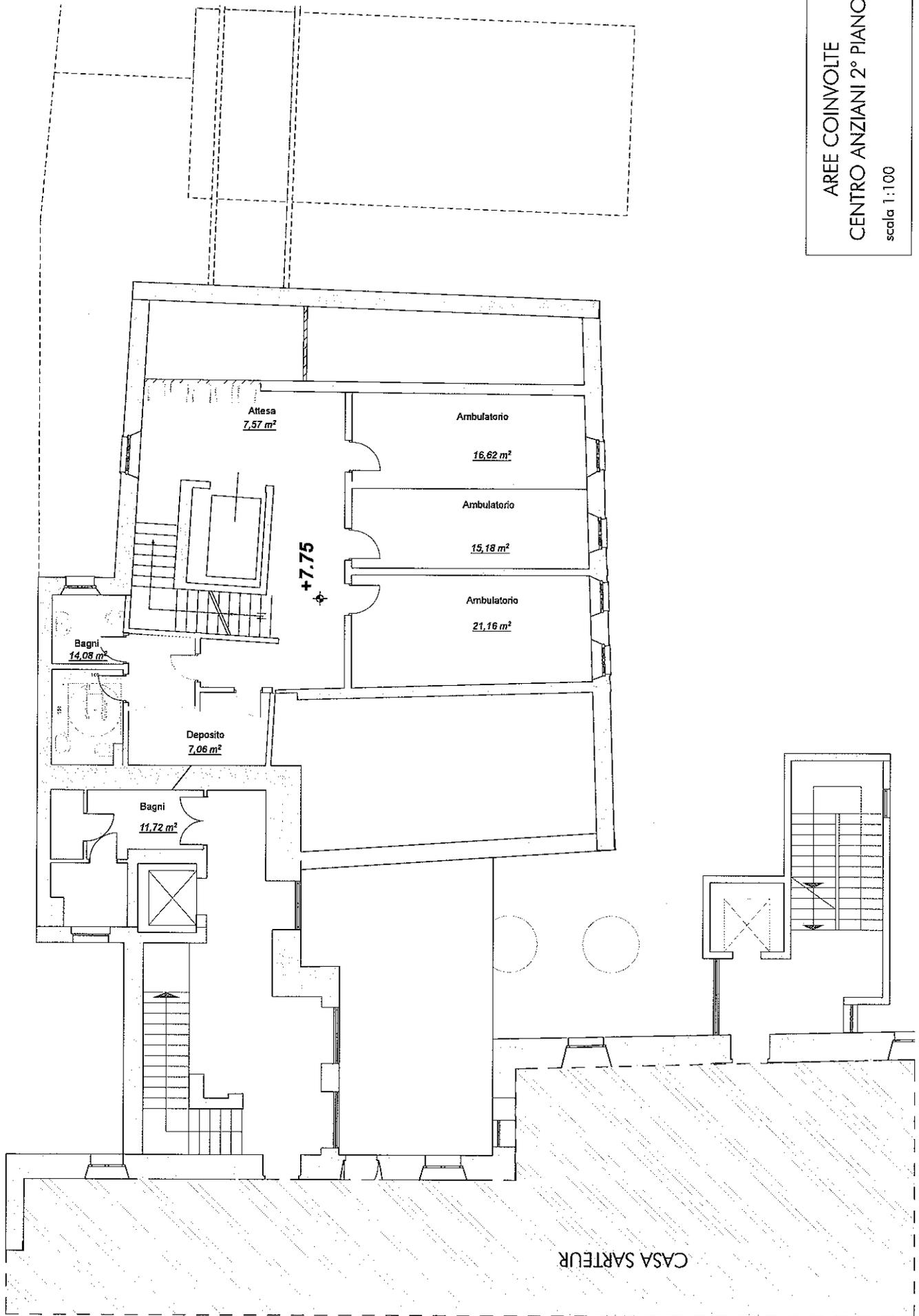
- Nessuna, l'intervento non coinvolge gli ambulatori al 1° Piano di Casa Sarteur, le interferenze con le aree di transito sono ridotte.

Costo totale per il Lotto I.....€ 299.200,00

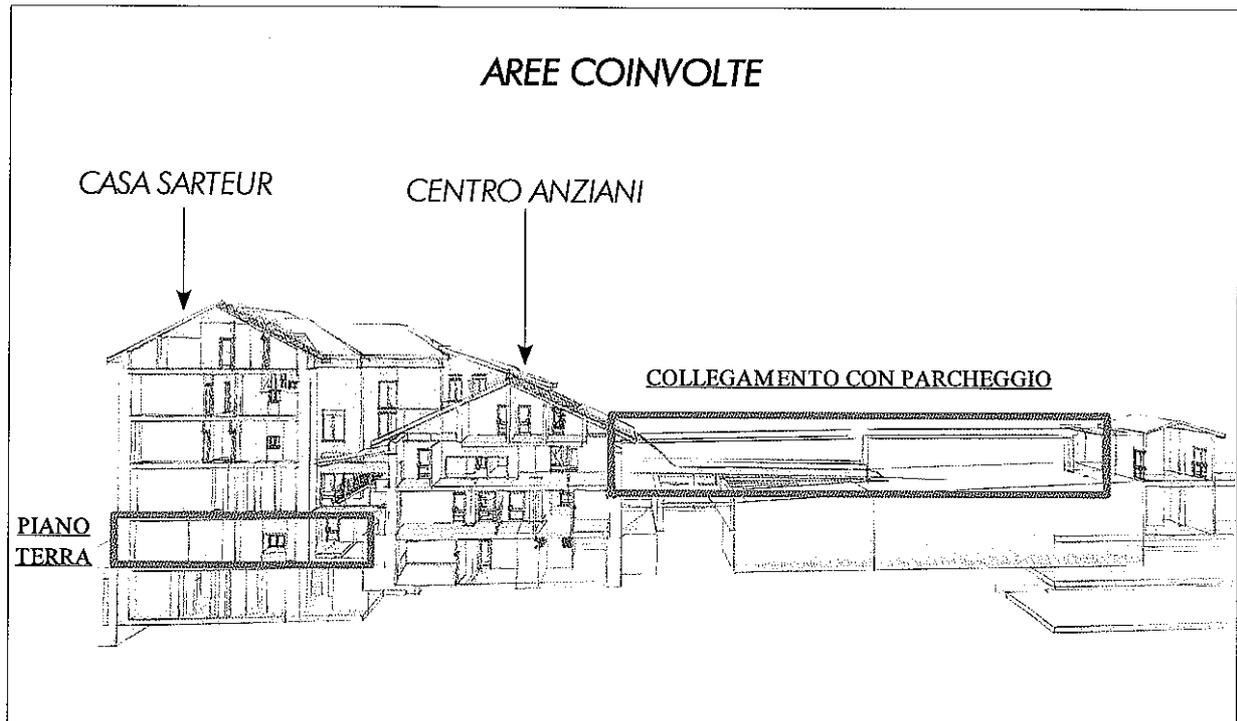
AREE COINVOLTE
CENTRO ANZIANI 1° PIANO
CASA SARTEUR 1° PIANO
scala 1:100



AREE COINVOLTE
CENTRO ANZIANI 2° PIANO
scala 1:100



LOTTO II



1. CASA SARTEUR PIANO TERRA

DESCRIZIONE INTERVENTO

- Nuovi ambulatori, da destinare in via definitiva a:
 - Medici di famiglia
 - SERT
- Da destinare in via provvisoria:
 - Spazi a servizio degli spostamenti necessari per l'esecuzione dei lavori

RIPERCUSSIONI SUL FUNZIONAMENTO DEL POLIAMBULATORIO

- Nessuna
- Le funzioni attualmente presenti in quest'area (CUP, UAP, prelievi, ufficiale sanitario) sono già state collocate in via definitiva nei locali destinati da progetto (Lotto I). In via provvisoria il coordinamento infermieri verrà collocato in un ambulatorio al 2° P Centro Anziani.

2. AREA TRA CENTRO ANZIANI E USCITA PARCHEGGIO SOTTERRANEO

DESCRIZIONE INTERVENTO

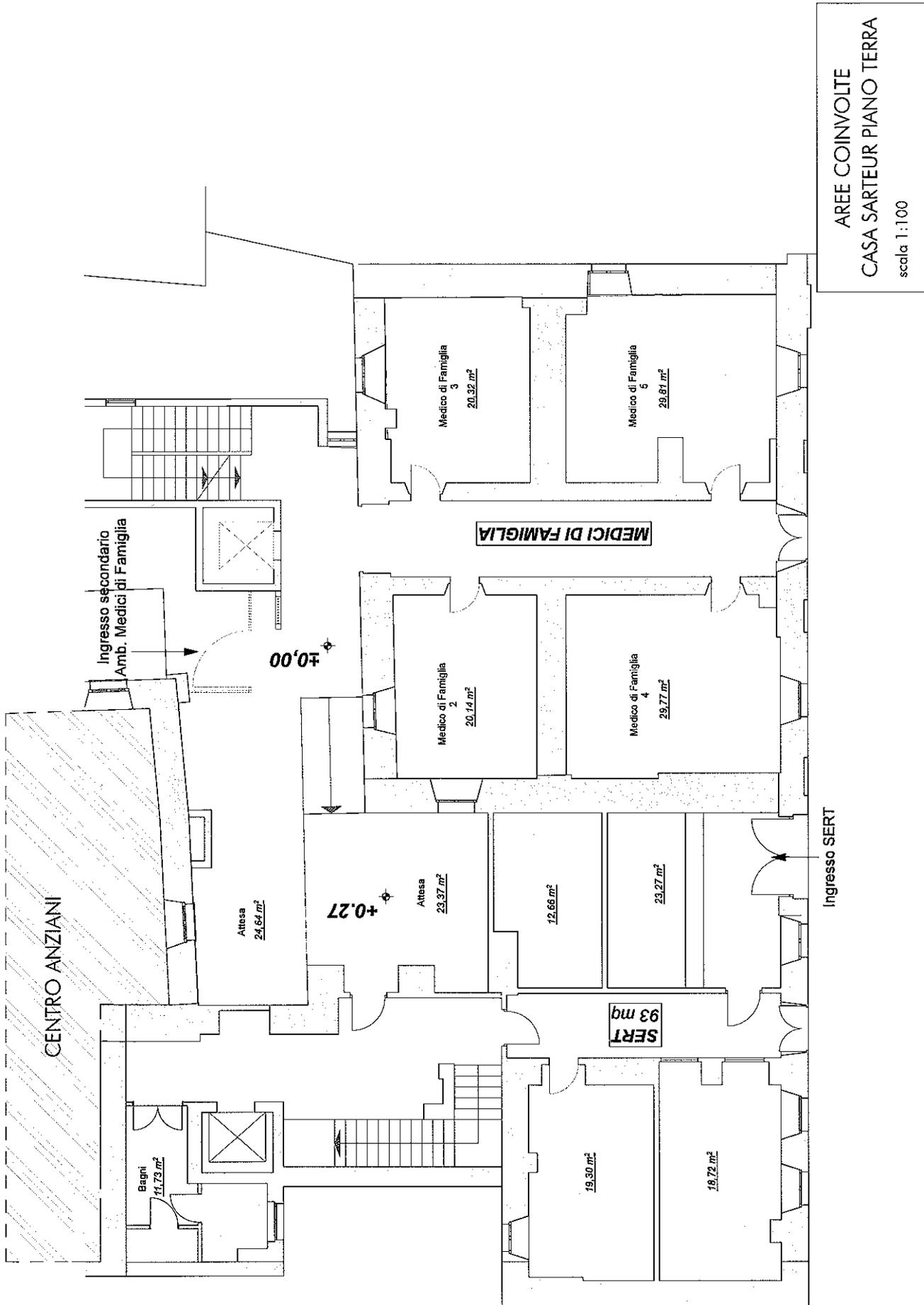
DESCRIZIONE INTERVENTO

- Collegamento coperto: uscita parcheggio interrato-accesso poliambulatorio

RIPERCUSSIONI SUL FUNZIONAMENTO DEL POLIAMBULATORIO

- Nessuna

Costo totale per il Lotto II.....€ 284.000,00



CENTRO ANZIANI

Ingresso secondario
Amb. Medici di Famiglia

Bagni
11,73 m²

Attesa
24,64 m²

Attesa
23,37 m²

Medico di Famiglia
20,14 m²

Medico di Famiglia
20,32 m²

SERT
93 mq

19,30 m²

18,72 m²

12,66 m²

23,27 m²

Medico di Famiglia
29,77 m²

Medico di Famiglia
29,81 m²

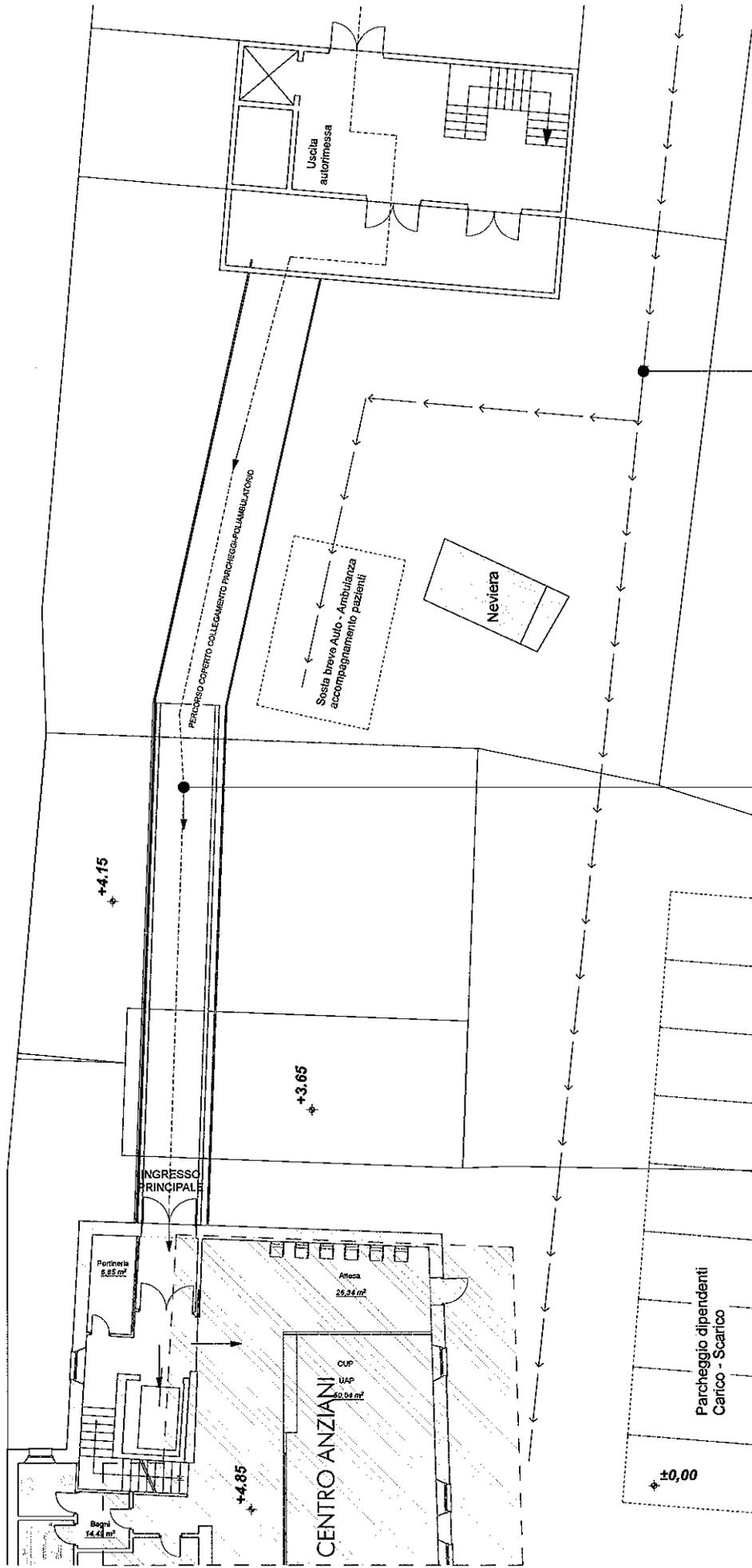
+0,00

+0,27

MEDICI DI FAMIGLIA

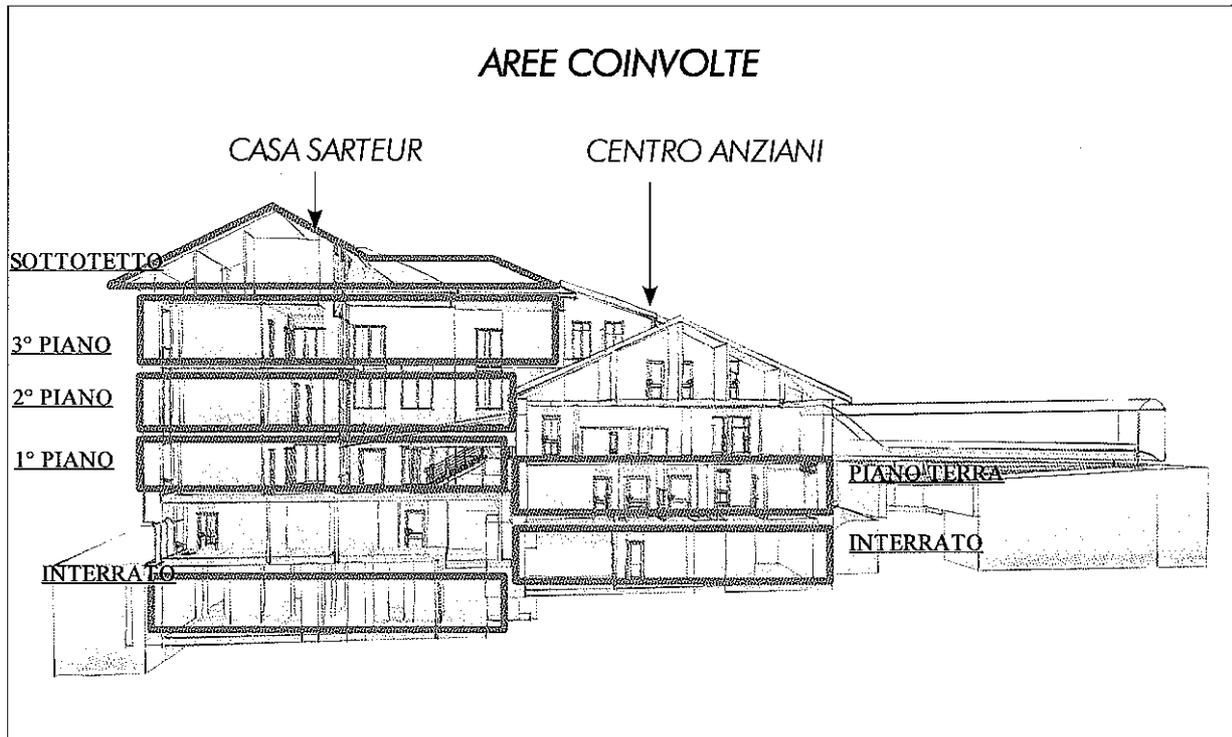
Ingresso SERT

AREE COINVOLTE
CASA SARTEUR PIANO TERRA
scala 1:100



AREE COINVOLTE
 AREA TRA CENTRO ANZIANI E
 USCITA PARCHEGGIO SOTTERRANEO
 scala 1:100

LOTTE SUCCESSIVI



I lotti successivi comportano una redistribuzione delle funzioni in un'ottica di maggiore funzionalità, essenzialmente si tratta di ridefinire i raggruppamenti di ambulatori più opportuni e di assicurare migliori prestazioni delle partizioni interne.

Gli interventi coinvolgono:

3. Casa Sarteur: Piani interrato - 1° - 2° - 3° - sottotetto
4. Centro Anziani: Piani interrato - terra

Costo totale per i Lotti successivi.....€ 976.100,00

Riepilogo costi

Lotto I	€ 299.200,00
Lotto II	€ 284.000,00
Lotti successivi	€ 976.100,00
Costo totale	€ 1.559.300,00