

Deliberazione della Giunta Regionale 4 luglio 2016, n. 28-3571

Deliberazione CIPE n. 122 del 23 dicembre 2015. Approvazione progetto regionale "Una salute a km 0" - Progetto per l'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle localita' caratterizzate da difficolta' di accesso.

A relazione dell'Assessore Saitta:

In data 20 gennaio 2012 la deliberazione CIPE n. 16/2012 ha approvato le risorse vincolate per l'anno 2011 e l'accantonamento di € 28.000.000 di cui € 26.000.000 per il finanziamento di progetti interregionali da approvarsi successivamente dalla Conferenza Stato Regioni su proposta del Ministero della Salute per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011. Tale importo era destinato per la realizzazione di progetti in materia di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle piccole isole ed in altre località caratterizzate da eccezionale difficoltà di accesso nonché per un progetto interregionale in materia di comunicazione ai cittadini per l'accesso ai servizi sanitari;

in data 21 settembre 2012 il Ministero della Salute con nota GAB 7586 ha trasmesso alla Commissione salute la proposta di un progetto interregionale in materia di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle localita' caratterizzate da eccezionali difficolta' di accesso, riservando per la realizzazione di questo progetto una quota di 20.000.000 su quelli accantonati dalla delibera CIPE del 20 gennaio 2012;

la delibera 142/2013 del CIPE ha ripartito le risorse per l'anno 2012 accantonando la somma di 4.000.000 di euro per la realizzazione di un progetto interregionale in materia di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e in altre località caratterizzate da difficoltà di accesso;

con propria delibera n. 54/2014 il CIPE nel ripartire le stesse risorse vincolate di cui sopra per l'anno 2013 ha accantonato per il medesimo scopo la somma di 3.000.000 di euro;

il Ministero della Salute in collaborazione con le Regioni individuate come capofila per le tre aree geografiche (Regione Veneto per il nord, Regione Toscana per il centro, Regione Sicilia per il sud) ha redatto il progetto Pilota per l'ottimizzazione dell'Assistenza sanitaria nelle Isole Minori e località caratterizzate da difficoltà di accesso; tale progetto Pilota costituisce la linea programmatica di riferimento cui le regioni interessate dovranno attenersi nella predisposizione dei singoli progetti attuativi volti a realizzare degli interventi nei macro-livelli coinvolti (area assistenza territoriale, sistema emergenza urgenza, area ospedaliera);

con la Deliberazione CIPE del 23 dicembre 2015, pubblicata sulla G.U. del 10 marzo 2016, si è provveduto alla definizione del finanziamento complessivo teoricamente spettante alla Regione Piemonte quantificato in € 692.830,00, la cui erogazione avverrà in tre tranches:

- Primo acconto € 254.715,00 all'atto della pubblicazione della Delibera CIPE in Gazzetta Ufficiale.
- Secondo acconto € 152.829,00 all'atto della presentazione e valutazione positiva del Progetto da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA.
- Saldo (20% somme Fondo sanitario 2011 e 100% somme 2012 e 2013) €285.286,00 all'atto della relazione finale sulle attività svolte e sui risultati ottenuti e sulla base della dimostrata sostenibilità a regime degli interventi.

Il progetto dovrà avere una durata massima di tre anni.

Dato atto quindi che, ai fini della erogazione delle somme assegnate, le Regioni dovranno presentare i propri progetti regionali alla Direzione generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute che li trasmetterà per la loro validazione al Comitato Permanente per la verifica dell' erogazione dei LEA ,

posto che la positiva valutazione dei progetti da parte del Comitato Permanente per la verifica dei LEA determinerà l'erogazione del 30% delle somme vincolate per l' anno 2011 (seconda trince) e che, a seguito di giudizio positivo da parte dello stesso Comitato, sulla relazione delle attività svolte e dei risultati ottenuti (entro 3 anni dalla data di approvazione della deliberazione CIPE) e dimostrata la sostenibilità del progetto, saranno erogate le restanti somme;

ritenuto pertanto di definire un progetto regionale denominato “Una Salute a KM 0” da articolarsi sui tre ambiti individuati nel Progetto Pilota con la realizzazione di tre sotto progetti così definiti:

- ❖ Sottoprogetto 1 Area territoriale “La telemedicina a supporto al sistema sanitario nelle aree caratterizzate da eccezionali difficoltà”. Il progetto intende avvalersi di strumenti di telemedicina per la presa in carico di pazienti cronici e particolarmente deboli residenti in aree montane o particolarmente disagiate.

- ❖ Sottoprogetto 2: Area emergenza urgenza “Implementazione elisuperfici notturne a servizio di comunità isolate e aree disagiate”.

- ❖ Sottoprogetto 3: Area ospedaliera. “Percorso integrato a domicilio con Sorveglianza Centralizzata”. A tale scopo saranno impiegati modelli organizzativi di integrazione e collegamento tra la rete ospedaliera e territoriale.

Ritenuto inoltre che il progetto regionale sarà sviluppato in coerenza con le linee di programmazione già in essere nella Regione Piemonte, in particolare, in aderenza con il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, e con il programma di potenziamento dei servizi di emergenza territoriale e dell' attività di elisoccorso.

Dato atto che l' avvio del Progetto sarà comunque subordinato al parere positivo espresso dal Comitato Permanente per la verifica dell' erogazione dei LEA.

Tutto ciò premesso;

vista la Delibera CIPE 16/2012;

vista la Delibera CIPE 142/2012;

vista la Delibera CIPE 54/2014;

vista la nota n. 8475 del 29 settembre 2015 del Ministero della Salute;

visto il DM 70/2015;

vista la DGR 1-600 del 19 novembre 2014;

vista la DGR 26-1653 del 29. giugno 2015;

la Giunta Regionale, a voti unanimi, per i motivi indicati in premessa

delibera

- di approvare il Progetto regionale denominato “Una Salute a KM 0” nell'ambito del programma nazionale per l'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da difficoltà di accesso di cui all' allegato A) della presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;

- di stabilire che il Progetto regionale sarà sviluppato in coerenza con le linee di programmazione già in essere nella Regione Piemonte, in particolare in aderenza con il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale e con il programma di potenziamento dei servizi di emergenza territoriale e dell'attività di elisoccorso;

- di stabilire che il Progetto regionale di cui al punto precedente sarà presentato alla Direzione generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute che trasmetterà lo stesso al Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA per la sua validazione;

- di dare atto che l'avvio del Progetto sarà subordinato al parere positivo espresso dal Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, di cui precedente punto;

- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del Bilancio regionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato

“Una salute a KM 0”

Progetto per “l’ottimizzazione dell’assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da difficoltà di accesso”



Indice

1. Premessa

2. Il contesto

2.1 *La montagna in Piemonte*

2.2 *La Mappa delle aree marginali della Regione Piemonte*

2.3 *Il contesto demografico*

2.3.1 *Struttura demografica*

2.3.2 *La dinamica demografica in Piemonte*

2.3.3 *Flusso migratorio*

2.3.4 *La composizione della popolazione per fasce di età*

2.3.5 *Tassi demografici – Natalità e Mortalità*

3. Analisi del contesto epidemiologico –

Sistema emergenza territoriale ed ospedaliera

3.1 *Le distanze KM comuni /strutture sanitarie*

3.2 *Numero accessi pronto soccorso di area disagiata*

3.3 *numero di interventi Sistema 118*

4. Sotto progetto 1 – Telemedicina di supporto al sistema sanitario nelle aree caratterizzate da eccezionali difficoltà

4.1 *Obiettivi*

4.2 *Punti di forza*

4.3 *Punti di debolezza*

4.4 *Tipologia servizi afferenti la telemedicina*

4.5 *Aree di intervento e modelli organizzativi*

4.6 *Sostenibilità del progetto a regime*

4.7 *indicatore oggettivamente verificabile*

5. Sotto progetto 2 – Implementazione elisuperfici notturne a servizio di comunità isolata e aree disagiate

5.1 *Obiettivi*

5.2 *Sviluppo del progetto*

5.3 *Punti di forza*

5.4 *Punti di debolezza*

5.5 *Sostenibilità del progetto a regime*

5.6 *Indicatore oggettivamente verificabile*

6. Sotto progetto 3 - Percorso integrato di ospedalizzazione a domicilio con sorveglianza centralizzata

6.1 *Obiettivi*

6.2 *Punti di forza*

6.3 *Punti di debolezza*

6.4 *Attuazione del piano di assistenza*

6.5 *Sostenibilità del progetto a regime*

6.6 *Indicatori oggettivamente verificabili*

Allegato A1 Scheda progetto

1. Premessa

La realizzazione del progetto piemontese per *“l’ottimizzazione dell’assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da difficoltà di accesso”* è stata contestualizzata all’interno delle linee di programmazione già in essere nella Regione Piemonte in particolare in aderenza con il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, ed in coerenza con il programma di potenziamento dei servizi di emergenza territoriale e dell’attività di elisoccorso, mantenendo l’impostazione proposta dal Ministero della Salute e contenuta nel Progetto pilota.

Tale Progetto-pilota fornisce le linee programmatiche di riferimento per la predisposizione dei singoli progetti regionali individuando modelli organizzativi per le tre aree assistenziali di riferimento:

- Area dell’assistenza territoriale,
- Area emergenza-urgenza,
- Area ospedaliera.

Il finanziamento complessivo previsto per la Regione Piemonte è di € 692.830,00 e l’erogazione di tale finanziamento avverrà in tre tranches:

- Primo acconto (50% somme Fondo Sanitario 2011) € 254.715,00 all’atto della pubblicazione della Delibera CIPE in Gazzetta Ufficiale,
- Secondo acconto (30% somme Fondo sanitario 2011) € 152.829,00 all’atto della presentazione e valutazione positiva del Progetto da parte del Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei LEA,
- Saldo (20% somme Fondo sanitario 2011 e 100% somme 2012 e 2013) €285.286,00 all’atto della relazione finale sulle attività svolte e sui risultati ottenuti e sulla base della dimostrata sostenibilità a regime degli interventi. Il progetto dovrà avere una durata massima di tre anni.

Il Progetto della Regione Piemonte denominato **“Una salute a KM 0”** sarà articolato sui tre ambiti individuati nel Progetto Pilota con la realizzazione di tre sotto progetti

- ❖ Sottoprogetto 1 ; **Area territoriale** telemedicina di supporto al sistema sanitario nelle aree caratterizzate da eccezionali difficoltà” il progetto intende avvalersi di strumenti di telemedicina per la presa in carico di pazienti cronici e particolarmente deboli residenti in aree montane o particolarmente disagiate
- ❖ Sottoprogetto 2 **Area emergenza urgenza** Implementazione elisuperfici notturne a servizio di comunità isolate e aree disagiate.

- ❖ **Sottoprogetto 3 Area ospedaliera.** Percorso integrato a domicilio con sorveglianza centralizzata. A tale scopo saranno impiegati modelli organizzativi di integrazione e collegamento tra la rete ospedaliera e territoriale.

2 Il contesto

Per poter individuare il contesto di riferimento e il conseguente target di soggetti destinatari del programma regionale è stata condotta una analisi di carattere geografico, demografico ed epidemiologico, con l'ausilio di studi e ricerche già a disposizione della regione Piemonte. Si è voluto cercare di differenziare i contesti per i tre sotto progetti partendo da basi di studio differenziate. In particolare il contesto di partenza riguarda la definizione di aree di montagna secondo una accezione di "territorio prevalente" e la distanza elevata dei comuni da un centro HUB/Spoke. A sostegno della identificazione dell'ambito di riferimento sono stati inseriti lo studio condotto dall'IRES Piemonte sulle aree marginali e le basi di riferimento per le aree afferenti agli ospedali già classificati come "Pronto soccorso di area disagiata" di cui alla DGR 1-600 del 19 novembre 2014 e smi

2.1 La montagna in Piemonte

Secondo l'accezione statistica la montagna viene identificata secondo la suddivisione territoriale in zone altimetriche; tale definizione è stata sviluppata a livello nazionale dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Per "zona di montagna", ai fini statistici, s'intende il territorio caratterizzato dalla presenza di masse rilevate, aventi altitudini di norma non inferiori ai 600 metri.

Le principali catene montuose piemontesi sono le Alpi Occidentali, che circondano la regione ad ovest e nord, e gli Appennini liguri, situati al confine con Liguria ed Emilia-Romagna. La montagna piemontese ha un aspetto imponente ed aspro: le sommità al di sopra dei tremila metri scendono rapidamente verso la pianura, caratterizzando la zona occidentale della regione che, a differenza di tutte le altre regioni alpine, è priva delle Prealpi. Questo fenomeno è particolarmente evidente in Valle di Susa, dove ad esempio a Susa il fondovalle si trova a una quota di soli 503 metri s.l.m., mentre le cime circostanti l'abitato superano i 3000 metri e raggiungono i 3538 metri s.l.m. con il Rocciamelone. Ai fini del presente progetto risulta utile l'identificazione della montagna in quanto ambito o zona omogenea. Essa ha assunto negli anni più recenti una connotazione che identifica il concetto di omogeneità come una comunanza di problematiche e di potenziale di sviluppo più che una realtà significativamente uniforme

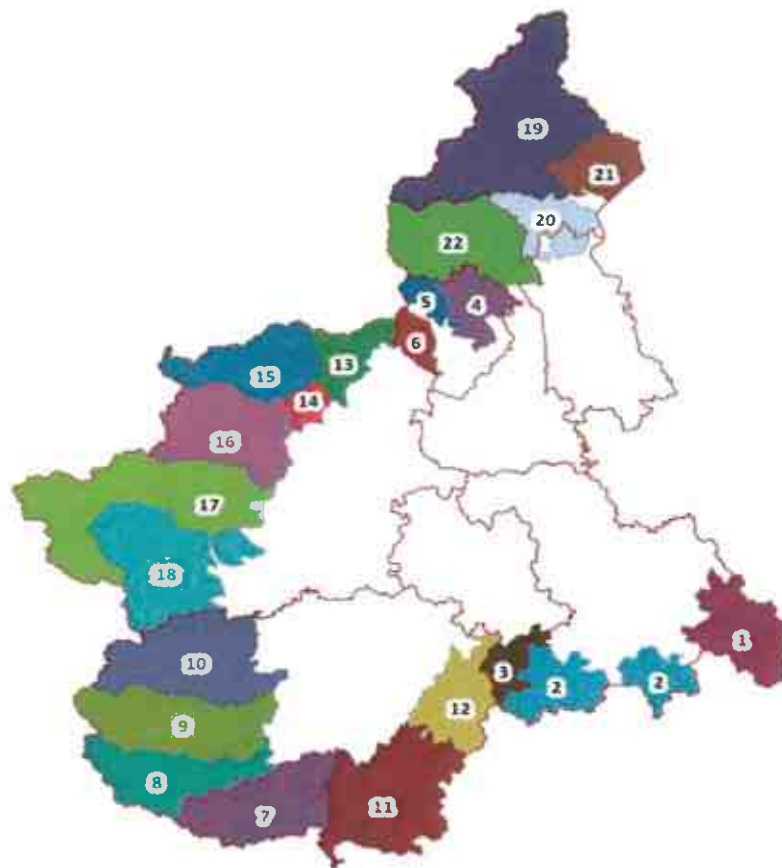


Fig 1 Aree omogenee

Legenda aree Omogenee

- 1 Valli Curone Grue e Osson, val Borbera e valle Spinti
- 2 Alta val Lemme, Alto Ovadese, alta valle Orba, valle Erro e Bormida di Spigno
- 3 Langa Astigiana e val Bormida
- 4 Val Sessera, valle di Mosso e Prealpi Biellesi
- 5 Valle del Cervo – la Bursch
- 6 Valle dell'Elvo
- 7 Valli Gesso Vermenagna Pesio e Bisalta
- 8 Valle Stura
- 9 Valle Grana e Maira
- 10 Valli Po, Bronda, Infernotto e Varaita
- 11 Alta valle Tanaro, valli Mongia e Cevetta, Langa Cebana e valli Monregalesi
- 12 Alta Langa e Langa valli Bormida e Uzzone
- 13 Val Chiusella, valle Sacra e Dora Baltea Canavesana
- 14 Alto Canavese
- 15 Valli Orco e Soana
- 16 Valli di Lanzo, Ceronda e Casternone
- 17 Valle Susa e val Sangone
- 18 Valli Chisone, Germanasca, Pellice e Pinerolese Pedemontano
- 19 Valli Antigorio, Antrona, Anzasca, Ossola e Vigizzo
- 20 Due Laghi, Cusio Mottarone e val Strona
- 21 Val Grande, alto Verbano e valle Cannobina
- 22 Valsesia

2.2 La Mappa delle aree marginali montane della Regione Piemonte nell' analisi infrastrutturale (*Studio IRES Piemonte*)

Sono in totale 226 (pari al 43,9%) i comuni della montagna piemontese con valori positivi dell'indice infrastrutturale, ovvero connotati da situazioni di accessibilità e/o fruibilità superiori alla media.

I restanti 289 comuni (56,1%) dimostrano, al contrario, isolamento più o meno accentuato.

Ad influire sul risultato finale contribuiscono la posizione geografica dei comuni, le condizioni orografiche,

A livello provinciale, i contesti maggiormente "colpiti" da isolamento sono rappresentati dalla provincia di Cuneo, solo parzialmente interessata dai principali assi di infrastrutturazione regionale e dalla presenza di nodi urbani di rilievo sovra-provinciale. Qui si trovano 43 comuni molto isolati (pari al 29,9% di quelli piemontesi). Altre concentrazioni rilevanti riguardano le province di Torino (32 casi; 22,2%), VCO (24 casi; 16,7%) e Vercelli (22 casi; 15,3%). Cuneo, Torino e VCO sono anche contesti in cui si concentrano quote considerevoli di comuni moderatamente isolati (rispettivamente pari al 30,1%, 27,0% e 14,2% dei casi complessivi).

La provincia con la quota maggiore di montagna contrassegnata da una condizione di isolamento è Vercelli con l'83,3% della montagna interessata, seguita dai casi di Cuneo (59,2%), VCO (55,4%), Torino (54,5%), Biella (51,7%) e Alessandria (50,0%). Novara e Asti, in controtendenza rispetto al resto della regione, risultano invece le province con la montagna più accessibile .

Tabella 1– Comuni montani per classi dell'indice infrastrutturale e provincia

Provincia	Accessibilità		isolamento	
	rilevante	ridotta	moderato	elevato
Alessandria	6	18	14	10
AST	3	5	1	3
Biella	14	14	20	10
Cuneo	24	36	44	46
Novara	2	1		
Torino	40	25	46	32
Verbanio-Cusio.Ossola	21	12	17	24
Vercelli	3	2	3	22
Totale	113	113	145	147

Fonte: elaborazione IRES Piemonte

Come si vede, i comuni più accessibili di tutti si concentrano su quattro province: Torino (40 casi; 35,4%), Cuneo (24 casi; 21,2%), VCO (21 casi; 18,6%) e Biella (14 casi; 12,4%). Nelle stesse province, con l'aggiunta di Alessandria, si concentrano anche le situazioni di accessibilità ridotta.

Nel complesso, le situazioni di accessibilità o valore positivo dell'indice sintetico si distribuiscono come segue:

- 65 casi in provincia di Torino (28,8% dei casi in Piemonte e 45,5% dei comuni montani della provincia);
- 60 in provincia di Cuneo (26,5% e 40,8%);
- 33 in provincia del VCO (14,6% e 44,6%);
- 28 in provincia di Biella (12,4% e 48,3%);
- 24 in provincia di Alessandria (10,6% e 50,0%);
- 8 in provincia di Asti (3,5% e 66,7%);
- 5 in provincia di Vercelli (2,2% e 16,7%);
- 3 in provincia di Novara (1,3% e 100,0%).

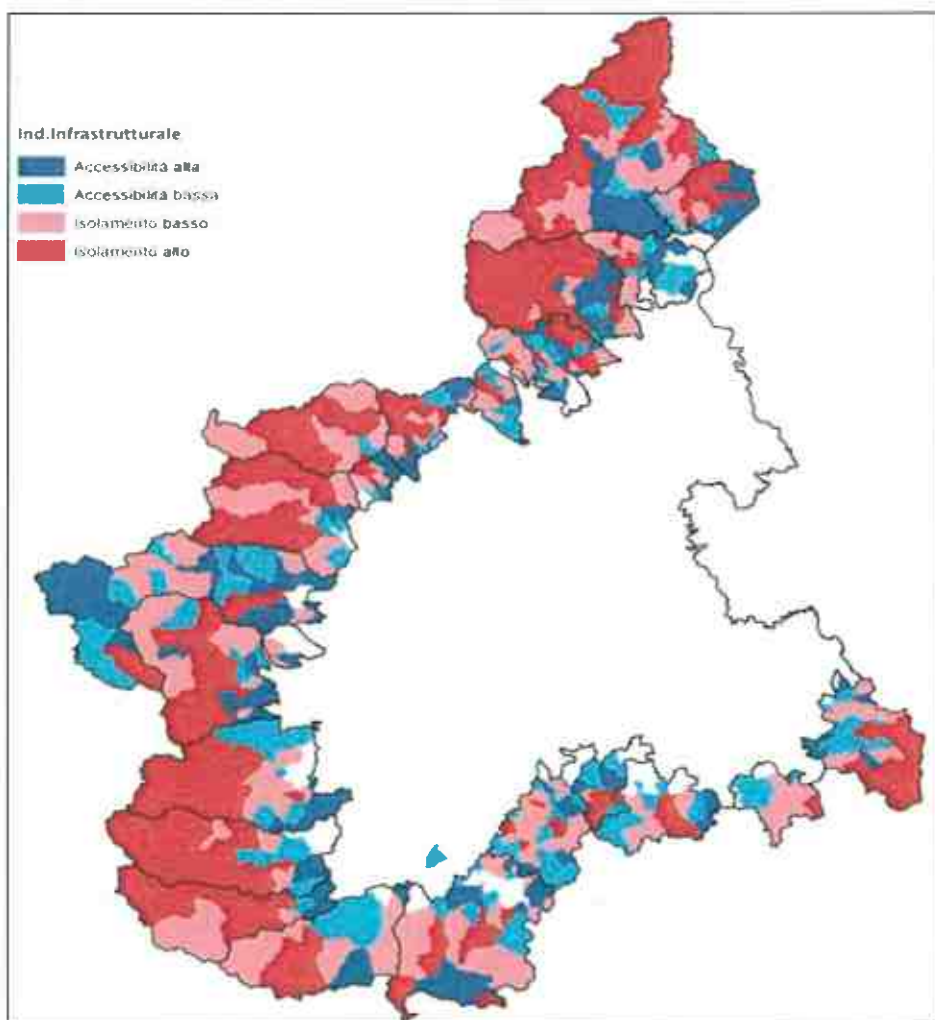


Fig. 2 Distribuzione aree marginali
Fonte: elaborazione IRES Piemonte

Tra le situazioni meno accessibili emergono, invece, le porzioni più remote delle vallate alpine al confine con la Francia (alte valli del torinese e del cuneese), con la Valle d'Aosta (Alto Canavese e i rilievi occidentali del vercellese) e con la Svizzera (le vette che chiudono la valle Cannobina nel VCO).

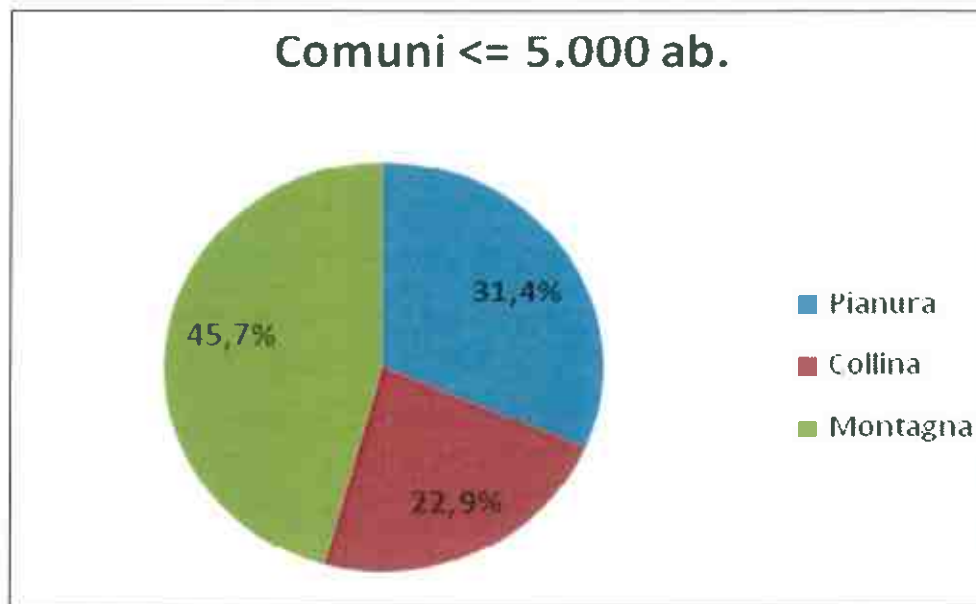
Tab 2 Comuni isolati –Ultime 20 posizioni

Prov.	Comune	Pop. 31.12.08	Indice sintetico
CN	Elva	101	-1,054
VC	Rassa	74	-0,865
CN	Canosio	84	-0,801
CN	Acceglio	167	-0,783
CN	Marmora	85	-0,781
CN	Prazzo	190	-0,763
CN	Argentera	90	-0,760
VC	Cervatto	51	-0,720
VC	Rima San Giuseppe	65	-0,712
CN	Castelmagno	93	-0,710
VC	Rimella	132	-0,706
VC	Fobello	235	-0,704
CN	Bellino	156	-0,668
VCO	Formazza	436	-0,666
CN	Oncino	90	-0,658
VC	Sabbia	68	-0,633
AL	Carrega Ligure	97	-0,602
CN	Stroppo	108	-0,587
TO	Groscavallo	204	-0,586
TO	Lemie	193	-0,574

2.3 Il Contesto demografico

2.3.1 Struttura demografica

Il Piemonte è una delle regioni italiane con la più alta polverizzazione amministrativa (i piccoli comuni con meno di 5.000 abitanti sono 1070 pari all' 89% dei comuni piemontesi, e ospitano il 30% della popolazione regionale), questa situazione è particolarmente evidente in montagna. I comuni montani piemontesi (secondo la classificazione del territorio prevalente) nel 95,1% dei casi hanno popolazione inferiore ai 5.000 abitanti, nell' 85,0% dei casi hanno meno di 2.500 abitanti, e meno di 1.000 nel 65,4%. Inoltre, il 68,6% dei comuni piemontesi con meno di 500 abitanti sono comuni di montagna.



Il Piemonte si estende su una superficie di 25.403Km, ed ha una densità media di 175,6 ab/kmq . La popolazione totale residente nelle zone altimetriche del Piemonte al 31/12/2013 è di 496.317 (con una densità demografica di 47,22 ab per kmq)

Il più basso indice di densità è riconducibile alla Comunità montana Valli Orco e Soana, seguita dalle Valli Gesso, Vermenagna e Pesio e Valli Antigorio, Divedro e Formazza, entrambe. La Val Sangone con i suoi 164 abitanti/km è la più affine alla media regionale, mentre un'elevata densità demografica si riscontra nelle Prealpi Biellesi e nella Bassa Valle dell'Elvo

La popolazione montana, in termini assoluti, raggiunge il livello minimo nella Val Chiusella e quello massimo nella Bassa Val di Susa e Val Cenischia .

2.3.2 La dinamica demografica in Piemonte

Nel 2014 la popolazione residente in Piemonte risulta di 4.424.467 abitanti, con una diminuzione di oltre 10.000 unità rispetto all'anno precedente

La tabella riporta il dettaglio della variazione della popolazione residente al 31 dicembre di ogni anno dal 2005.

TAB 3 Movimenti anagrafici delle Province del Piemonte - Maschi + Femmine - Piemonte

Anno	Nati	Morti	Iscritti dall'Estero	Totale Iscritti	Cancellati per l'estero	Totale Cancellati	Popolazione residente al 31 Dicembre
2005	37.251	48.253	25.979	158.862	3.815	136.299	4.341.733
2006	37.851	47.400	22.455	161.446	4.003	140.802	4.352.828
2007	38.565	47.474	61.621	200.813	4.383	143.466	4.401.266
2008	39.551	49.310	45.609	185.532	5.879	144.468	4.432.571
2009	39.123	49.767	35.154	164.624	6.125	140.321	4.446.230
2010	38.385	48.785	33.680	165.272	6.020	143.767	4.457.335
(*)2011	37.759	49.061	28.428	163.035	6.228	151.432	4.357.663
2012	37.067	50.507	27.015	191.100	8.116	161.271	4.374.052
2013	35.654	50.077	21.218	240.246	9.990	163.077	4.436.798
2014	34.637	49.412	18.945	151.730	10.672	149.286	4.424.467

(si registra nell' 2011 un calo di **99.973** unità (-2,24%) dovuto alla differenza tra la popolazione censita e la popolazione anagrafica

Questa diminuzione interrompe un trend positivo più che decennale e potrebbe rappresentare pertanto un'inversione di tendenza rispetto agli ultimi 15 anni circa, periodo in cui la popolazione cresceva per l'intensificarsi delle immigrazioni dall'estero ad un ritmo che però progressivamente è rallentato. Il calo della popolazione è il risultato di un saldo migratorio che seppur positivo è in diminuzione rispetto al 2013 e agli anni precedenti e non più abbastanza ampio per compensare le perdite naturali pari a 14.775.

I movimenti anagrafici suddivisi per province vedono la seguente suddivisione, ove si registra sull' area di Torino più del 50% della popolazione residente

TAB 4 Movimenti anagrafici delle Province del Piemonte - Maschi + Femmine - Anno 2015

Provincia	Nati	Morti	Iscritti dall'Estero	Totale Iscritti	Cancellati per l'estero	Totale Cancellati	Popolazione residente al 31 Dicembre
Alessandria	2.816	6.374	2.069	13.867	1.067	13.368	428.826
Asti	1.581	3.064	863	7.333	680	7.568	217.574
Biella	1.067	2.542	676	6.753	567	6.682	179.685
Cuneo	4.914	7.204	2.868	20.680	1.691	20.029	590.421
Novara	2.850	4.178	1.902	12.853	948	12.418	370.525
Torino	17.463	26.192	9.951	76.073	5.969	76.866	2.282.197
Verbano-CO	1.037	2.091	791	5.628	539	5.343	160.114
Vercelli	1.180	2.431	751	5.416	433	5.382	174.904

Fonte dati ISTAT

Movimenti anagrafici delle Province del Piemonte - Maschi + Femmine - Anno 2015 Nati

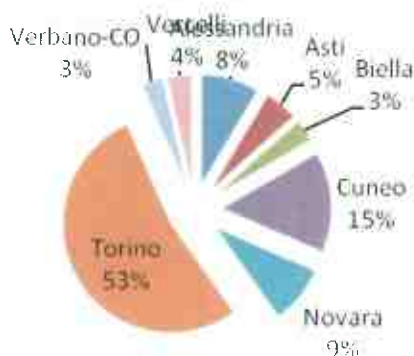


FIG. 3 Movimenti anagrafici per provincia

Nella tabella seguente viene riportata la suddivisione della popolazione e i relativi movimenti anagrafici suddivisi per ASL.

TAB 5 Movimenti anagrafici delle Asl del Piemonte - Maschi + Femmine - Anno 2014							
Asl	Nati	Morti	Iscritti dall'Estero	Totale Iscritti	Cancellati per l'estero	Totale Cancellati	Popolazione residente al 31 Dicembre
Asl AL	3.003	6.061	1.841	14.666	976	13.805	444.073
Asl AT	1.575	2.646	786	7.837	679	7.401	206.947
Asl BI	1.160	2.168	498	6.376	448	6.490	172.635
Asl CN1	3.642	4.889	2.133	14.785	1.099	13.910	420.320
Asl CN2	1.510	1.848	891	6.435	539	6.040	171.865
Asl NO	2.888	3.586	1.554	12.014	747	11.356	349.773
Asl TO1-2	7.448	9.551	6.356	25.596	2.373	28.857	896.773
Asl TO3	4.406	5.704	1.445	22.093	1.241	20.968	586.691
Asl TO4	4.062	5.739	1.397	19.503	1.060	18.541	520.384
Asl TO5	2.555	2.941	898	11.449	758	11.048	310.307
Asl VC	1.200	2.290	567	5.138	313	5.247	173.309
Asl VCO	1.188	1.989	579	5.838	439	5.623	171.390
Totale	34.637	49.412	18.945	151.730	10.672	149.286	4.424.467

Fonte dati ISTAT

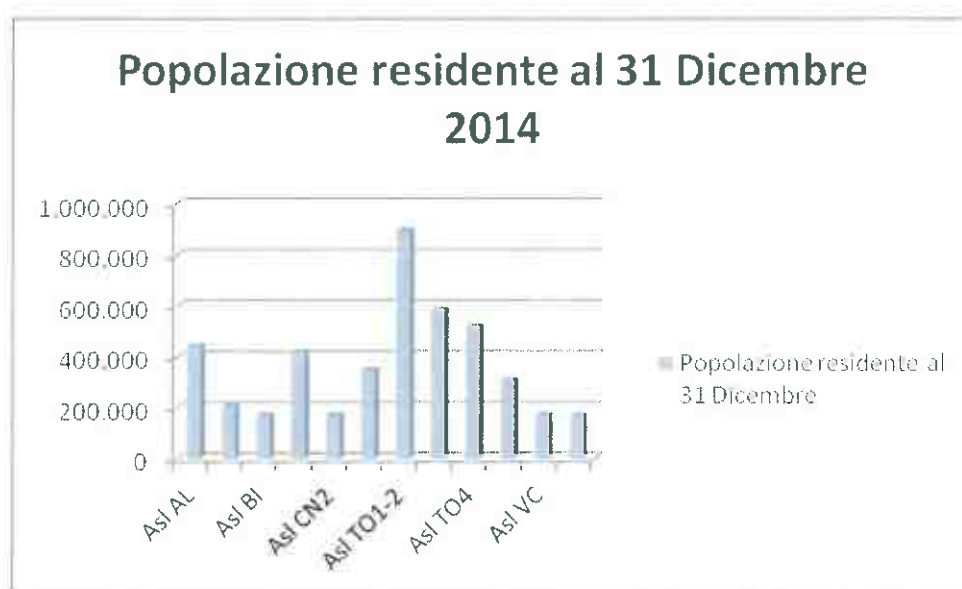


Fig. 4 Popolazione residente suddivisa per ASL di appartenenza

Nella tabella seguente invece sono riportati i movimenti anagrafici dal 2008 al 2014 relativi alla popolazione residente nelle comunità montane

In linea generale si ravvisa un lieve incremento demografico dal 2008 al 2010 del 2.8% per poi avere un calo costante in tutte le realtà in oggetto, sicuramente dovuto alla maggiore difficoltà di vivere in montagna

TAB 6 Movimenti anagrafici delle Comunità Montane del Piemonte - Maschi + Femmine - Popolazione residente al 31 Dicembre

Comunità Montana	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Alta Langa e Valli Langa Bormida e Uzzone	21.465	21.403	21.284	20.843	20.824	20.652	20.449
Alta Val Lemme, Alto Ovadese, Alta Valle Orba, Valle Erro e Bormida di Spigno	23.817	23.805	23.832	23.534	23.364	23.494	23.217
Alta Valle Tanaro, Valli Mongia e Cevetta, Langa Cebana e Valli Monregalesi	39.558	39.623	39.568	38.781	38.718	38.663	38.497
Alto Canavese	24.954	24.929	24.779	24.495	24.507	24.435	24.234

Due Laghi, Cusio Mottarone e Val Strona	55.443	55.539	55.468	54.281	54.095	54.487	54.289
Langa Astigiana e Val Bormida	7.193	7.117	7.059	6.940	6.904	6.858	6.783
Val Chiusella, Valle Sacra e Dora Baltea Canavesana	22.655	22.751	22.729	22.449	22.461	22.441	22.421
Val Grande, Alto Verbano e Valle Cannobina	19.776	19.859	19.909	19.489	19.637	19.730	19.744
Val Sessera, Valle di Mosso e Prealpi Biellesi	61.083	60.605	60.128	59.087	58.789	58.372	57.916
Valle del Cervo - La Bursch	15.984	15.995	15.947	15.655	15.562	15.443	15.356
Valle dell'Elvo	22.584	22.531	22.481	22.296	22.322	22.264	22.208
Valle Grana e Maira	34.103	34.336	34.538	34.285	34.533	34.652	34.624
Valle Stura	24.326	24.684	24.923	24.762	24.785	25.028	25.066
Valle Susa e Val Sangone	115.524	115.900	116.319	114.165	114.551	115.584	115.292
Valli Antigorio, Antrona, Anzasca, Ossola e Vigezzo	67.451	67.531	67.614	66.685	66.746	66.847	66.516
Valli Chisone, Germanasca, Pellice e Pinerolese Pedemontano	64.636	64.640	64.745	63.867	64.074	64.404	64.112
Valli Curone Grue e Ossona, Val Borbera e Valle Spinti	16.274	16.229	16.234	15.922	15.897	15.939	15.683
Valli di Lanzo, Ceronda e Casternone	38.123	38.313	38.631	38.070	38.238	38.413	38.219
Valli Gesso Vermenagna Pesio e Bisalta	34.389	34.449	34.535	34.258	34.280	34.510	34.399

Valli Orco e Soana	8,133	8.038	7.958	7.736	7.682	7.634	7.497
Valli Po, Bronda, Infernotto e Varaita	48.002	48.035	48.122	47.636	47.682	47.660	47.382
Valsesia	33,745	33.621	33.600	32.875	32.691	32.775	32.602
Totale	799.218	799.933	800.403	788.111	788.342	790.285	786.506

Fonte dati ISTAT

2.3.3 Flusso migratorio della popolazione

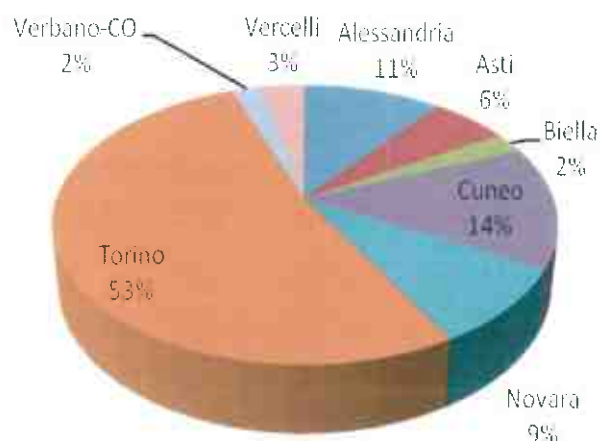
Nelle Tabelle e nei grafici seguenti sono riportati i movimenti anagrafici dei cittadini stranieri rispettivamente suddivisi per comunità montane del territorio piemonte

TAB 7 Cittadini stranieri - Movimenti anagrafici delle Province del Piemonte - Maschi + Femmine - Anno 2015

Provincia	Nati	Morti	Iscritti dall'Estero	Totale Iscritti	Cancellati per l'estero	Totale Cancellati	Popolazione residente al 31 Dicembre
Alessandria	646	66	1.905	4.451	438	5.255	44.783
Asti	338	36	793	2.191	394	3.397	24.377
Biella	106	18	554	1.378	146	2.044	9.910
Cuneo	1.030	86	2.617	7.005	713	8.666	59.994
Novara	584	49	1.725	4.322	299	4.901	37.385
Torino	3.185	289	8.854	22.113	1.855	25.792	221.961
Verbano-CO	111	19	680	1.398	122	1.521	9.748
Vercelli	218	23	686	1.570	160	1.905	13.869
Piemonte	6.218	586	17.814	44.428	4.127	53.481	422.027

Fonte dati ISTAT

Cittadini stranieri al 31 Dicembre 2015



Tab 8 Cittadini stranieri - Movimenti anagrafici delle Comunità Montane del Piemonte - Maschi + Femmine - Anno 2015

Comunità Montana	Nati	Morti	Iscritti dall'Estero	Totale Iscritti	Cancellati per l'estero	Totale Cancellati	Popolazione residente al 31 Dicembre
Valli Curone Grue e Ossona, Val Borbera e Valle Spinti	12	2	74	169	18	190	1.369
Alta Val Lemme, Alto Ovadese, Alta Valle Orba, Valle Erro e Bormida di Spigno	14	1	62	167	44	238	1.711
Langa Astigiana e Val Bormida	7	1	30	94	32	116	731
Val Sessera, Valle di Mosso e Prealpi Biellesi	41	8	205	424	47	671	3.071
Valle del Cervo - La Bursch	5	n.d.	50	136	8	179	773
Valle dell'Elvo	6	1	48	129	16	187	856
Valli Gesso Vermenagna Pesio e Bisalta	39	2	100	330	28	431	2.346
Valle Stura	23	4	61	229	15	245	1.577
Valle Grana e Maira	51	6	128	395	40	486	3.124
Valli Po, Bronda, Infernotto e Varaita	78	8	194	573	34	675	5.115
Alta Valle Tanaro, Valli Mongia e Cevetta, Langa Cebana e Valli Monregalesi	46	4	186	425	64	537	3.346
Alta Langa e Langa Valli Bormida e Uzzone	28	2	98	213	40	197	2.146
Val Chiusella, Valle Sacra e Dora Baltea Canavesana	15	2	87	194	29	256	1.634
Alto Canavese	29	2	77	261	19	336	2.035
Valli Orco e Soana	13	1	16	61	9	118	601

Valli di Lanzo, Ceronda e Casternone	22	8	68	226	30	262	1.825
Valle Susa e Val Sangone	102	20	264	710	132	1.150	7.475
Valli Chisone, Germanasca, Pellice e Pinerolese Pedemontano	53	4	158	419	56	539	3.680
Valli Antigorio, Antrona, Anzasca, Ossola e Vigizzo	28	3	216	460	25	487	2.820
Due Laghi, Cusio Mottarone e Val Strona	39	11	191	467	42	639	3.704
Val Grande, Alto Verbano e Valle Cannobina	6	2	41	121	22	144	951
Valsesia	21	4	64	191	21	259	1.703
Totale	678	96	2.418	6.394	771	8.342	52.593

Fonte dati ISTAT

Da quest' ultima tabella si può osservare come la maggior parte della popolazione straniera residente nelle comunità montane sia concentrata nella Valle Susa, Val Sessera, Valle di Mosso e Prealpi Biellesi, Due Laghi, Cusio Mottarone e Val Strona, Valle Grana e Maira.

2.3.4 La composizione della popolazione per fasce di età

In generale nella regione Piemonte la popolazione attiva (17-64) risulta essere quasi il 61% della popolazione totale mentre la popolazione con oltre 65 anni supera il 24% del totale

TAB 9 Popolazione per età delle Province del Piemonte - Maschi + Femmine - Anno 2014 (al 31 dicembre)

Fascia	Piemonte	Alessandria	Asti	Biella	Cuneo	Novara	Torino	Verbano-CO	Vercelli
0-16	646.622	56.294	31.898	23.890	92.579	56.298	340.070	21.840	23.753
17-64	2.695.305	259.281	131.976	107.770	362.084	231.236	1.398.318	98.187	106.453
65-80	789.736	82.282	39.023	35.273	99.391	60.721	410.585	30.040	32.421
81-110	292.804	34.028	16.395	14.156	38.006	23.163	142.746	10.816	13.494
Piemonte	4.424.467	431.885	219.292	181.089	592.060	371.418	2.291.719	160.883	176.121

Fonte dati ISTAT

Nei comuni montani la percentuale di popolazione con oltre 65 anni sale di un punto superando il 25,5 % di quella totale a discapito della popolazione attiva che si attesta intorno al 60% .

Per quanto riguarda gli indici demografici si riscontra come l'indice di invecchiamento per il Piemonte nel 2014 si attesta intorno a 24,5%, mentre l'indice di vecchiaia, dato dal rapporto tra la popolazione anziana e i giovani (0-14enni x 100), è di 189,6.

TAB 10 Indici demografici delle Province del Piemonte - Maschi + Femmine - Anno 2014 (al 31 dicembre)

Provincia	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza giovanile	Indice di dipendenza degli anziani	Percentuale popolazione 0-14	Percentuale popolazione tra i 15 e i 64 anni	Percentuale popolazione con 65 anni e oltre	Età media totale
Alessandria	234,5	18,6	43,7	11,5	61,6	26,9	48
Asti	197,4	20,7	40,8	12,8	61,9	25,3	46,7
Biella	236,5	18,9	44,6	11,5	61,2	27,3	48,1
Cuneo	168,5	21,8	36,8	13,8	63	23,2	45,1
Novara	168,4	20,9	35,3	13,4	64	22,6	45,3
Torino	183,9	20,9	38,5	13,1	62,7	24,1	45,9
Verbano-CO	213,4	19	40,5	11,9	62,7	25,4	47,2
Vercelli	220,1	19,1	42	11,8	62,1	26,1	47,4
Piemonte	189,6	20,6	39,1	12,9	62,6	24,5	46,2

Fonte dati ISTAT

L'indice di dipendenza degli anziani cioè il rapporto percentuale tra gli anziani (65 anni e oltre) e la popolazione in età lavorativa (15-64 anni) è del 39,1, mentre l'indice di dipendenza giovani e anziani: (rapporto percentuale tra anziani - giovani e la popolazione in età lavorativa è del 20.6

Andando ad analizzare il dato delle comunità montane si rileva il costante superamento dell'indice di vecchiaia con maggiore presenza di anziani e un minor numero di giovani nelle Valli Curone Grue e Ossona, Val Borbera e Valle Spinti, Alta Val Lemme, Alto Ovadese, Alta Valle Orba, Valle Erro e Bormida di Spigno, Langa Astigiana e Val Bormida dove in alcuni casi il dato si attesta a quasi 320.

Se da un lato questi dati indicano come la più elevata presenza di popolazione anziana nei comuni montani possa essere considerata un indicatore di benessere e di qualità della vita, dall'altro presuppone un'attenzione maggiore nella realizzazione di servizi di welfare orientanti ad una popolazione più anziana ed implica uno sforzo, anche economico per l'attuazione di politiche sociali.

TAB 11 Indici demografici delle Comunità Montane del Piemonte - Maschi + Femmine - Anno 2014 (al 31 dicembre)

Comunità Montana	Indice di vecchiaia	di	Indice di dipendenza giovanile	di	Indice di dipendenza degli anziani	Percentuale popolazione 0-14	Percentuale popolazione tra i 15 e i 64 anni	Percentuale popolazione con 65 anni e oltre	Età media totale
Valli Curone Grue e Ossona, Val Borbera e Valle Spinti	297,4		17,1		50,8	10,2	59,6	30,3	50,2
Alta Val Lemme, Alto Ovadese, Alta Valle Orba, Valle Erro e Bormida di Spigno	298,5		17,4		52	10,3	59	30,7	50,3
Langa Astigiana e Val Bormida	319,9		17		54,4	9,9	58,3	31,7	50,5
Val Sessera, Valle di Mosso e Prealpi Biellesi	257,8		18,3		47,3	11,1	60,4	28,5	48,8
Valle del Cervo - La Bursch	234,3		18,7		43,7	11,5	61,6	26,9	47,9
Valle dell'Elvo	230,4		18,9		43,7	11,7	61,5	26,8	48
Valli Gesso Vermenagna Pesio e Bisalta	157,7		21,8		34,3	13,9	64,1	22	44,7
Valle Stura	150,9		22,9		34,5	14,5	63,5	21,9	44,4
Valle Grana e Maira	150,4		22,6		34	14,4	63,9	21,7	44,2
Valli Po, Bronda, Infernotto e Varaita	174,9		21,3		37,2	13,4	63,1	23,5	45,4
Alta Valle Tanaro, Valli Mongia e Cevetta, Langa Cebana e Valli Monregalesi	218,6		20,7		45,3	12,5	60,2	27,3	47,6
Alta Langa e Langa Valli Bormida e Uzzone	285,7		17,2		49,1	10,3	60,1	29,5	49,5
Val Chiusella, Valle Sacra e Dora Baltea Canavesana	206		19,9		41,1	12,4	62,1	25,5	47,3
Alto Canavese	189		20,5		38,8	12,9	62,8	24,3	46,4
Valli Orco e Soana	283		17		48,1	10,3	60,6	29,1	49,5
Valli di Lanzo, Ceronda e Casternone	187,7		20,9		39,1	13	62,5	24,5	46,5
Valle Susa e Val Sangone	177,7		20,8		36,9	13,2	63,4	23,4	45,8
Valli Chisone, Germanasca, Pellice e Pinerolese Pedemontano	209,5		20,6		43,1	12,6	61,1	26,3	47,3
Valli Antigorio, Antrona, Anzasca, Ossola e Vigizzo	220,1		18,5		40,8	11,6	62,8	25,6	47,4
Due Laghi, Cusio Mottarone e Val Strona	199,8		19,9		39,8	12,5	62,6	24,9	46,8
Val Grande, Alto Verbano e Valle Cannobina	202,9		18,8		38,2	12	63,7	24,3	46,9
Valsesia	246,9		18,5		45,7	11,3	60,9	27,8	48,6
Totale	205,3		20		41	12,4	62,1	25,5	47

Fonte dati ISTAT

Per quanto riguarda la composizione delle famiglie ogni nucleo familiare è composto mediamente da 2.40 individui. Complessivamente nei comuni montani questo dato è pari a

2.35 di poco inferiore alla media nazionale e al valore registrato nei comuni non montanti. Negli anni si è assistito ad una riduzione del numero di componenti delle famiglie equamente distribuito in tutte le tipologie comunali. In Piemonte la dimensione delle famiglie risulta inferiore rispetto alla media nazionale sia per i comuni montani che non (comuni montanti 2.15 , comuni non montani 2.21)

2.3.5 Tassi demografici – Natalità e mortalità

I tassi di seguito riportati indicano che le nascite sono diminuite costantemente e nel 2014 sono ulteriormente scese circa 1.000 unità. Questi decrementi sono conseguenti ad alcuni fattori: la riduzione della popolazione femminile in età fertile, il calo del numero medio di figli per donna, l'attenuazione della propensione a far figli anche nelle donne di origine straniera. Anche i decessi risultano in leggera diminuzione, andamento connesso principalmente con la composizione della popolazione nelle diverse classi di età.

**TAB 12 Tassi demografici delle Province del Piemonte
- Maschi + Femmine - Piemonte**

Anno	Tasso natalità	di Tasso mortalità	di Incremento naturale
2002	8,5	11,4	-3
2003	8,6	11,9	-3,4
2004	8,7	10,8	-2,1
2005	8,6	11,1	-2,5
2006	8,7	10,9	-2,2
2007	8,8	10,8	-2
2008	9	11,2	-2,2
2009	8,8	11,2	-2,4
2010	8,6	11	-2,3
2011	8,6	11,1	-2,6
2012	8,5	11,6	-3,1
2013	8,1	11,4	-3,3
2014	7,8	11,2	-3,3

Analizzando nel dettaglio i tassi demografici delle aree montane si può rilevare come il tasso di natalità si attesti sempre al di sotto della media regionale. In alcune vallate non raggiunge neanche il 6% (Valle Spinti e Alta Val Lemme, Alto Ovadese, Alta Valle Orba, Valle Erro e Bormida di Spigno) per contro il tasso di mortalità risulta decisamente più elevato rispetto alla

media regionale, la cui causa è da ricercare nella composizione per età nelle aree in questione.

Comunità Montana	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Incremento naturale	Tasso di mobilità totale
Valli Curone Grue e Ossona, Val Borbera e Valle Spinti	6,3	18,3	-12	76,3
Alta Val Lemme, Alto Ovadese, Alta Valle Orba, Valle Erro e Bormida di Spigno	5,4	14,7	-9,3	73,5
Langa Astigiana e Val Bormida	6	14,4	-8,4	66,6
Val Sessera, Valle di Mosso e Prealpi Biellesi	5,9	12,9	-6,9	67,2
Valle del Cervo - La Bursch	6,2	12,5	-6,2	77,1
Valle dell'Elvo	6,4	12,3	-5,8	72,9
Valli Gesso Vermenagna Pesio e Bisalta	8,3	12,3	-4,1	66,3
Valle Stura	10	10,9	-0,9	81,2
Valle Grana e Maira	9,6	11,8	-2,2	67,3
Valli Po, Bronda, Infernotto e Varaita	8,1	12,7	-4,6	69
Alta Valle Tanaro, Valli Mongia e Cevetta, Langa Cebana e Valli Monregalesi	7,6	14,4	-6,7	73,5
Alta Langa e Langa Valli Bormida e Uzzone	5,9	14,4	-8,4	58,7
Val Chiusella, Valle Sacra e Dora Baltea Canavesana	7,7	14,1	-6,5	75,5
Alto Canavese	7,4	13,2	-5,8	70,8
Valli Orco e Soana	5,6	17,6	-12	67,7
Valli di Lanzo, Ceronda e Casternone	6,8	12	-5,2	76,4
Valle Susa e Val Sangone	6,8	10,2	-3,4	78,8
Valli Chisone, Germanasca, Pellice e Pinerolese Pedemontano	6,8	12,7	-6	79,8
Valli Antigorio, Antrona, Anzasca, Ossola e Vigizzo	6,5	11,9	-5,4	64,2
Due Laghi, Cusio Mottarone e Val Strona	7,9	11,8	-3,8	66,2
Val Grande, Alto Verbano e Valle Cannobina	7,9	9,9	-2	79,3
Valsesia	6,6	13,2	-6,7	52,1
Totale	7,1	12,4	-5,3	71,4

TAB 13 Tassi demografici are montane

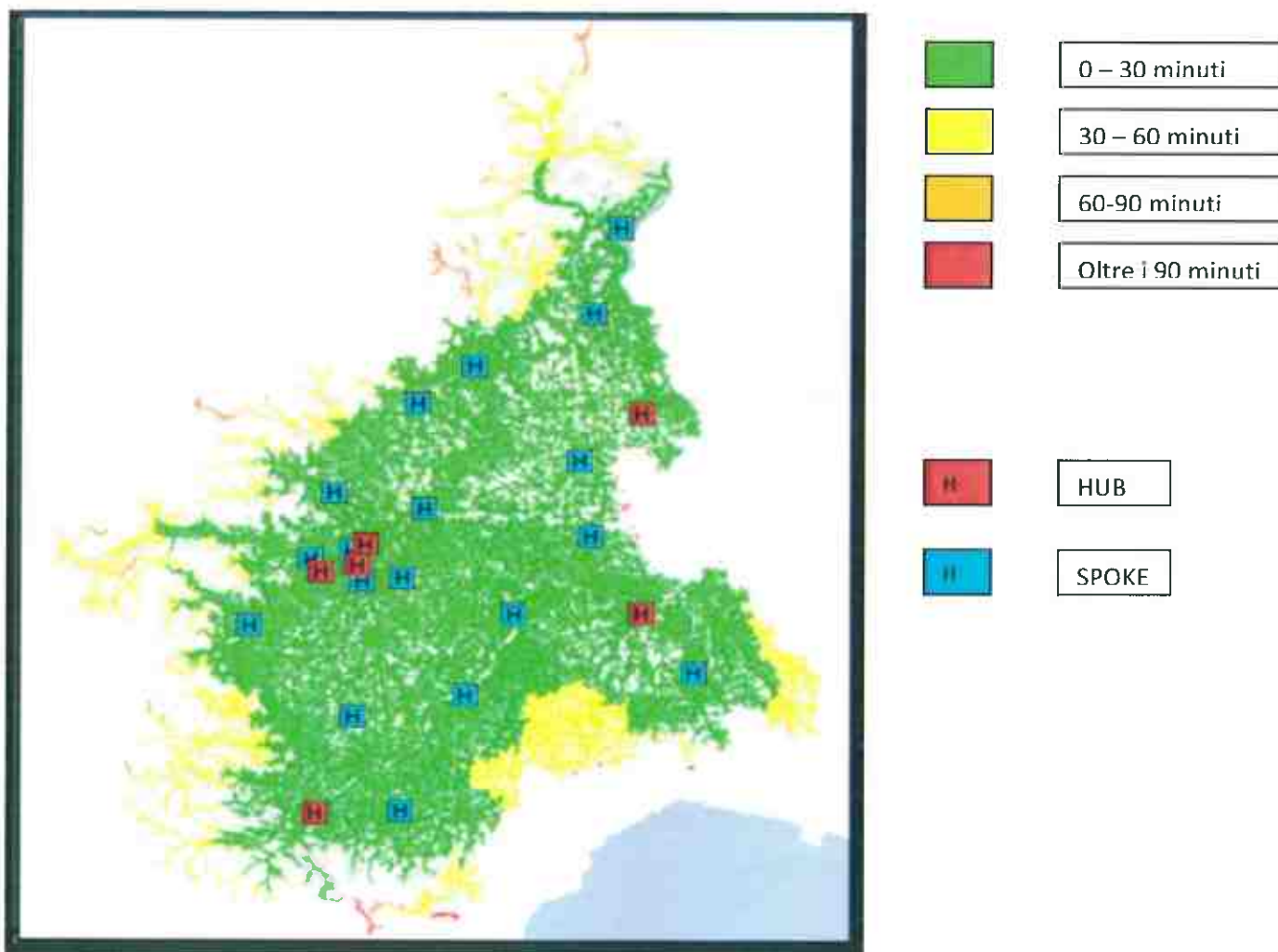
3. Anali contesto epidemiologico – Sistema Emergenza territoriale ed ospedaliera

L'analisi del contesto epidemiologico riguarderà prevalentemente l'ambito dell'emergenza ospedaliera e territoriale con particolare riferimento all'osservazione dell'offerta di servizi di emergenza rispetto ad aree disagiate (distanze chilometriche/ comuni rispetto alle strutture sanitarie di riferimento, numero di accessi al pronto soccorso e ricoveri riferiti a presidi di area disagiata; interventi del sistema 118 suddivisi per distretti)

3.1 Le distanze KM comuni/ strutture sanitarie di riferimento

Nella tabelle che seguono sono riportati i comuni aventi una distanza in termini di tempo superiore ai 30 minuti rispetto all'ospedale più vicino e rispetto ad un Presidio DEA di I livello. Si può notare come molti comuni rientrino aree considerate disagiate secondo l'accezione infrastrutturale.

Fig 6 Aree di percorribilità



Comune	Ospedale P.S./DEA più vicino	km	tempo	DEA 1° LIVELLO più vicino	km	tempo
SAUZE D'OUXX	SUSA - Osp. Civile	31	25'	RIVOLI - Osp. Degli Infermi	74	52'
SCOPELLO	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	31	36'	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	31	36'
CASTELLETTO UZZONE	CEVA SS.MARIA E CATERINA	31	37'	ALBA - OSP.CIVICO DI S.LAZZARO	40	49'
USSEGLIO	CIRIÈ - Stabli. Ospedaliero Ciriè'	43	50'	CIRIÈ - Stabli. Ospedaliero Ciriè'	43	50'
NOASCA	CUORGNE' - Osp. Civile	32	39'	IVREA - Osp. Civile	56	1.09'
MASSELLO	PINEROLO - Civile E.Agnelli	32	40'	PINEROLO - Civile E.Agnelli	32	40'
PILA	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	32	37'	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	32	37'
OSTANA	SALUZZO - CIVILE DI SALUZZO	32	39'	SAVIGLIANO - MAGGIORE SS. ANNUNZIATA	46	54'
ONCINO	SALUZZO - CIVILE DI SALUZZO	32	41'	SAVIGLIANO - MAGGIORE SS. ANNUNZIATA	46	56'
SALZA DI PINEROLO	PINEROLO - Civile E.Agnelli	33	40'	PINEROLO - Civile E.Agnelli	33	40'
FOBELLO	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	33	41'	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	33	41'
CERVATTO	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	33	42'	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	33	42'
CEPPO MORELLI	DOMODOSSOLA - SAN BIAGIO	33	37'	DOMODOSSOLA - SAN BIAGIO	33	37'
CRISSOLO	SALUZZO - CIVILE DI SALUZZO	33	40'	SAVIGLIANO - MAGGIORE SS. ANNUNZIATA	47	55'
FENESTRELLE	PINEROLO - Civile E.Agnelli	34	42'	PINEROLO - Civile E.Agnelli	34	42'
PIODE	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	34	40'	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	34	40'
RIMASCO	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	35	42'	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	35	42'
FALMENTA	VERBANIA - Verbania Pallanza	35	49'	VERBANIA - Verbania Pallanza	35	49'
ORMEA	CEVA SS.MARIA E CATERINA	35	38'	MONDOVI' - CIVILE DI MONDOVI'	60	58'
RIMELLA	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	36	45'	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	36	45'
PRALI	PINEROLO - Civile E.Agnelli	37	45'	PINEROLO - Civile E.Agnelli	37	45'
USSEAUX	PINEROLO - Civile E.Agnelli	38	46'	PINEROLO - Civile E.Agnelli	38	46'
CAMPERTOGNO	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	38	45'	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	38	45'
GURRO	DOMODOSSOLA - SAN BIAGIO	38	51'	DOMODOSSOLA - SAN BIAGIO	38	51'
BERGOLO	ALBA - OSP.CIVICO DI S.LAZZARO	38	47'	ALBA - OSP.CIVICO DI S.LAZZARO	38	47'
RASSA	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	39	46'	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	39	46'
CLAVIERE	SUSA - Osp. Civile	40	30'	RIVOLI - Osp. Degli Infermi	83	57'
SAUZE DI CESANA	SUSA - Osp. Civile	40	34'	RIVOLI - Osp. Degli Infermi	84	1.01'
MOLLIA	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	40	47'	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	40	47'
FORMAZZA	DOMODOSSOLA - SAN BIAGIO	40	48'	DOMODOSSOLA - SAN BIAGIO	40	48'
CERESOLE REALE	CUORGNE' - Osp. Civile	41	50'	IVREA - Osp. Civile	65	1.19'
RIMA SAN GIUSEPPE	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	42	50'	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	42	50'
CARCOFORO	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	42	51'	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	42	51'
MACUGNAGA	DOMODOSSOLA - SAN BIAGIO	43	50'	DOMODOSSOLA - SAN BIAGIO	43	50'
PRAGELATO	PINEROLO - Civile E.Agnelli	44	52'	PINEROLO - Civile E.Agnelli	44	52'
RIVA VALDOBBIÀ	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	47	54'	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	47	54'
CASTELDEFINO	SALUZZO - CIVILE DI SALUZZO	47	55'	SAVIGLIANO - MAGGIORE SS. ANNUNZIATA	58	1.03'
PRAZZO	CUNEO - S. CROCE E CARLE	49	59'	CUNEO - S. CROCE E CARLE	49	59'
ALAGNA VALSESIA	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	50	59'	BORGOSIESIA - SS. Pietro e Paolo	50	59'
CANOSIO	CUNEO - S. CROCE E CARLE	50	1.02'	CUNEO - S. CROCE E CARLE	50	1.02'
MARMORA	CUNEO - S. CROCE E CARLE	50	1.01'	CUNEO - S. CROCE E CARLE	50	1.01'
BELLINO	SALUZZO - CIVILE DI SALUZZO	51	1.00'	SAVIGLIANO - MAGGIORE SS. ANNUNZIATA	62	1.09'
PONTECHIANALE	SALUZZO - CIVILE DI SALUZZO	53	1.01'	SAVIGLIANO - MAGGIORE SS. ANNUNZIATA	63	1.10'
CAPRAUNA	CEVA SS.MARIA E CATERINA	54	1.03'	MONDOVI' - CIVILE DI MONDOVI'	79	1.23'
SESTRIERE	PINEROLO - Civile E.Agnelli	55	1.07'	PINEROLO - Civile E.Agnelli	55	1.07'
ACCEGLIO	CUNEO - S. CROCE E CARLE	55	1.06'	CUNEO - S. CROCE E CARLE	55	1.06'
BRIGA ALTA	CEVA SS.MARIA E CATERINA	58	1.09'	MONDOVI' - CIVILE DI MONDOVI'	84	1.29'
ELVA	CUNEO - S. CROCE E CARLE	58	1.12'	CUNEO - S. CROCE E CARLE	58	1.12'
ALTO	CEVA SS.MARIA E CATERINA	60	1.11'	MONDOVI' - CIVILE DI MONDOVI'	86	1.31'
ARGENTERA	CUNEO - S. CROCE E CARLE	60	1.03'	CUNEO - S. CROCE E CARLE	60	1.03'
PERLETTO	ALBA - OSP.CIVICO DI S.LAZZARO	32	39'	ALBA - OSP.CIVICO DI S.LAZZARO	32	39'
SAN GIORGIO SCARAMPI	NIZZA MONF.TO - Santo Spirito	32	39'	ALBA - OSP.CIVICO DI S.LAZZARO	40	47'
FABBRICA CURONE	TORTONA - OSP. RIUNITI	32	39'	TORTONA - OSP. RIUNITI	32	39'
VILLAMIROGLIO	CASALE M.TO - OSP. S. SPIRITO	32	37'	CASALE M.TO - OSP. S. SPIRITO	32	37'
SEROLE	ACQUI TERME - Ospedale Civile	33	38'	ACQUI TERME - Ospedale Civile	33	38'
CABELLA LIGURE	NOVI LIGURE - OSP. SAN GIACOM	33	38'	NOVI LIGURE - OSP. SAN GIACOMO	33	38'
PEZZOLO VALLE UZZONE	ALBA - OSP.CIVICO DI S.LAZZARO	36	43'	ALBA - OSP.CIVICO DI S.LAZZARO	36	43'
GORZEGNO	ALBA - OSP.CIVICO DI S.LAZZARO	36	44'	ALBA - OSP.CIVICO DI S.LAZZARO	36	44'
LEVICE	ALBA - OSP.CIVICO DI S.LAZZARO	36	45'	ALBA - OSP.CIVICO DI S.LAZZARO	36	45'
MONGIARDINO LIGURE	NOVI LIGURE - OSP. SAN GIACOM	40	37'	NOVI LIGURE - OSP. SAN GIACOMO	40	37'
CARREGA LIGURE	NOVI LIGURE - OSP. SAN GIACOM	46	54'	NOVI LIGURE - OSP. SAN GIACOMO	46	54'

Tab 13 Distanze KM/ Tempo Struttura ospedaliera più vicina

3.2 Numero di accessi a pronto soccorso di area disagiata e ricoveri

Si evidenziano i seguenti dati riferiti al numero di accessi in pronto soccorso per i presidi di Ceva, Susa, Ovada e Courgné. Si può rilevare la forte incidenza di codici di bassa gravità che in tutti i presidi si attesta intorno al 90%

Passaggi in Pronto Soccorso Anno 2015 per Colore alla Dimissione												
Azienda	Struttura	N° Totale Passaggi	1 Bianco - non critico, paziente non urgente		2 Verde - poco critico, priorità bassa, prestazioni differibili		3 Giallo mediamente critico, priorità immediata		4 Rosso - molto critico, priorità massima pazienti funzioni vitali compromesse, accesso immediato alle cure		5 Nero - deceduto	
			N° Passaggi	% sul Totale	N° Passaggi	% sul Totale	N° Passaggi	% sul Totale	N° Passaggi	% sul Totale	N° Passaggi	% sul Totale
203	OSPEDALE CIVILE DI SUSA	14085	608	4,32%	10952	77,76%	2428	17,24%	86	0,61%	11	0,08%
204	OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE'	16867	109	0,65%	13385	79,36%	3213	19,05%	114	0,68%	46	0,27%
210	NUOVO OSPEDALE DI CEVA CN1	9236	324	3,51%	8144	88,18%	744	8,06%	18	0,19%	6	0,06%
213	OSPEDALE CIVILE ACQUI	15897	619	3,89%	14053	88,40%	1087	6,84%	115	0,72%	23	0,14%
213	OSPEDALE CIVILE OVADA	5407	245	4,53%	5009	92,64%	140	2,59%	9	0,17%	4	0,07%

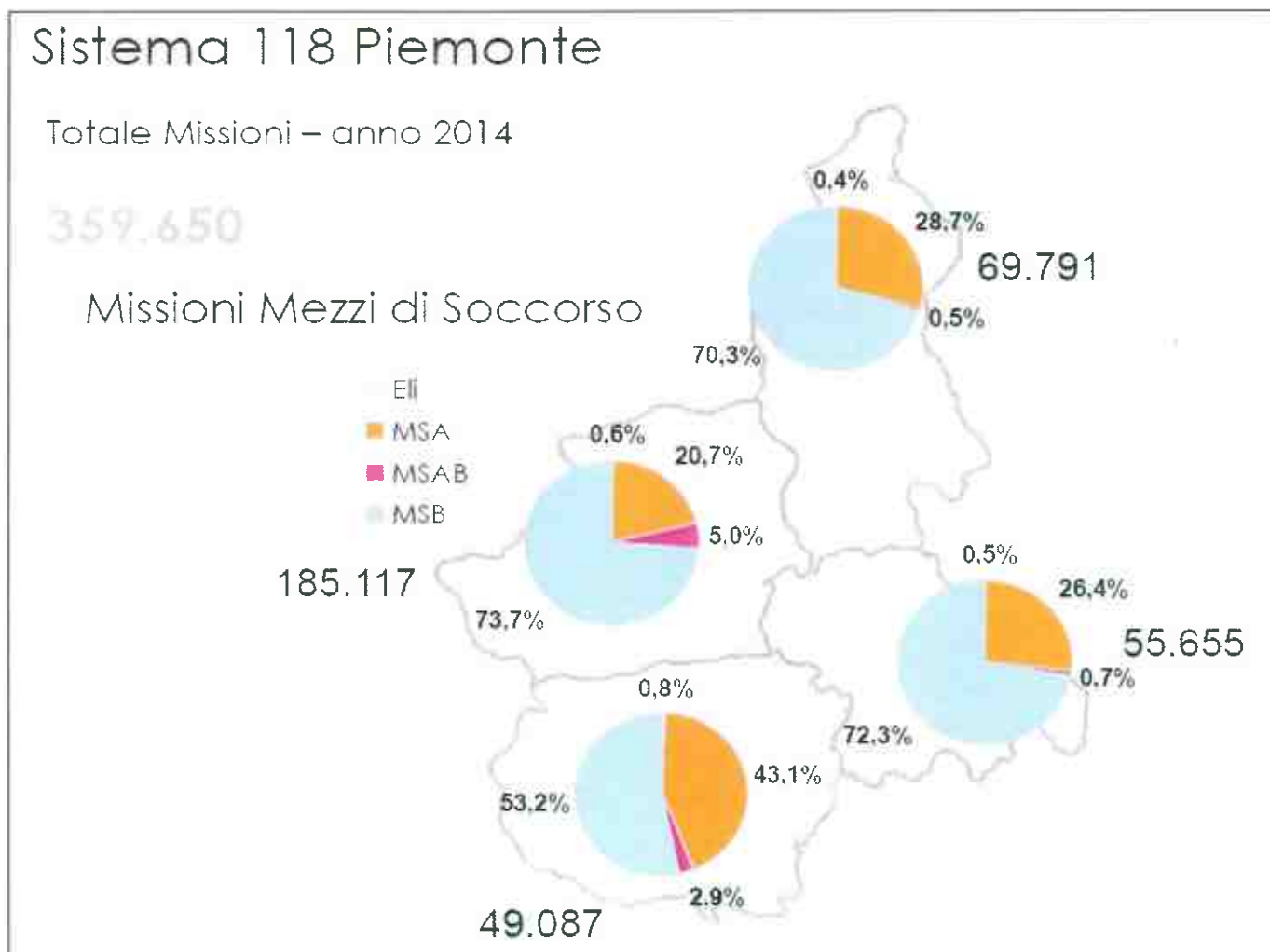
Tab 14 Accessi Ps Area disagiata

3.3 Numero di interventi Sistema 118

I dati che seguono riportano tutti gli interventi del sistema 118 suddivisi per Centrale operativa- anno 2015

Centrale operativa di Riferimento	Mezzo di Soccorso Avanzato	Mezzo di Soccorso Avanzato di Base	Mezzo di Soccorso di Base	TOTALE
Centrale operativa di Alessandria	16.733	481	44.378	61.592
Centrale operativa di Cuneo	21.577	1.622	29.629	52.828
Centrale operativa di Novara	23.009	819	53.618	77.446
Centrale operativa di Torino	47.074	8.209	150.177	205.460
TOTALE	108.393	11.131	277.802	397.326

Le missioni di elisoccorso sono state **2.728**



4. SOTTOPROGETTO 1 – TELEMEDICINA DI SUPPORTO AL SISTEMA SANITARIO NELLE AREE CARATTERIZZATE DA ECCEZIONALI DIFFICOLTA'

Finanziamento : 250.000€

Soggetti coinvolti: Aziende sanitarie territoriali afferenti aree disagiate

Inizio :31/07/2016

Fine. 31/12/2018

Indicatore finale: Attivazione a regime degli apparati di telemedicina

Suddivisione fasi

- **I° fase - individuazione popolazione target entro il 31/12/2016**
- Indicatore di risultato I° fase Raccolta e indagine effettuata da parte delle Aziende coinvolte per verificare i fabbisogni sanitari identificando rispetto alla popolazione
- **II° fase Attuazione di servizi di telemedicina rispetto al target individuato entro i 31/12/2017**
- Indicatore di risultato II° fase Determinazione dirigenziale di attribuzione della funzione e impegno di spesa alle Aziende sanitarie coinvolte rispetto al target e ai bisogni sanitari dei pazienti individuati
- **III° fase Analisi conclusiva - Attuazione della verifica sull' efficacia dei consulti di telemedicina entro il 31/12/2018**
- Indicatore di risultato III° fase Reports su effettiva attuazione relazione sui risultati

4.1 Obiettivi:

L'obiettivo che si prefigge il sottoprogetto è definire un percorso per coniugare correttamente soluzioni tecnologiche innovative con bisogni di salute espressi ove le caratteristiche morfologiche territoriali costituiscono un limite oggettivo nell'accedere alla Rete dei Servizi Sanitari Regionali.

Il teleconsulto e telemedicina hanno come obiettivo un ruolo di supporto all'attività di monitoraggio in condizioni di non autosufficienza e cronicità . I sistemi di telemedicina possono concorrere all'ottimizzazione delle risorse ed al miglioramento dell'appropriatezza,

potenziando il sistema delle cure domiciliari, favorendo il mantenimento dei soggetti nel proprio contesto abitativo e sociale il più a lungo possibile e migliorando la cooperazione tra gli interventi di tipo sanitario e sociale con particolare attenzione alla tematica del telemonitoraggio di pazienti cronici in aree non urbane.

4.2 Punti di forza

Si rilevano i seguenti punti di forza:

Dal punto di vista del paziente

- permettere ai pazienti di rimanere nel proprio ambiente domestico riducendo i costi e i disagi per i pazienti di pendolarismo domicilio-ospedale;
- fornire a domicilio prestazioni di qualità analoga o migliore di quelle fornite in ospedale;
- rendere il paziente autonomo e nello stesso tempo seguito e protetto
- favorire la precoce evidenziazione di variazioni nella situazione clinica del paziente che comportino modifiche nella terapia o eventuale ricovero

Dal punto di vista delle strutture sanitarie personale medico infermieristico

- mettere a disposizione del medico curante tutte le informazioni esistenti relative al paziente (ricoveri informazione da parte di soggetti che hanno avuto precedentemente in gestione il paziente)
- permettere di inviare le informazioni e di avere il consulto rapido da parte di specialisti
- ridurre il lavoro amministrativo superfluo e consentire una gestione più sicura e organizzata delle informazioni,
- garantire la sicurezza e la privacy nello scambio di dati sensibili;
- ridurre i costi per il servizio sanitario di ricoveri prolungati o non necessari;

4.3 Punti di debolezza

Si rilevano tra i punti di debolezza

- Il fatto di avere numerosi soggetti coinvolti necessita forme di concertazione tra medici del territorio e medici ospedalieri
- Ritrosia da parte di pazienti rispetto al cambiamento e a forme non tradizionali di assistenza sanitaria
- Potrebbero essere carenti i care giver in esordio di progetto (con difficoltà di attivazione) o in corso d'opera (con inevitabile ricorso a forme di ospedalizzazione)
- Si deve tenere presente che la gestione dei dispositivi implica il necessario periodo di formazione per il personale addetto e di addestramento per l'utilizzatore,
- La periodica manutenzione delle apparecchiature e l'usura delle stesse potrebbero essere incrementate per l'utilizzo da parte di soggetti non "professionalmente" competenti al loro uso

Al fine di far fronte ad alcuni aspetti rilevati quali punti di debolezza del progetto si provvederà attraverso la predisposizione di protocolli condivisi tra i diversi operatori del sistema, e con la pianificazione di corsi di formazione per la gestione dei dispositivi per il personale addetto

4.4 Tipologia servizi afferenti la telemedicina

telemonitoraggio pazienti anziani o disabili, donne in gravidanza

vengono monitorate le loro attività e le loro condizioni per mezzo di sistemi di videoconferenza e di telemonitoraggio si effettuano sedute di fisioterapia e ginnastica a distanza;

telemonitoraggio pazienti diabetici: sono eseguiti esami su pressione arteriosa e glicemia mediante dispositivi portatili (glucometri, sfigmomanometro); i dati clinici a disposizione sono trasmessi, analizzati per mezzo di sistemi di supporto alla decisione e presentati ai medici; i medici sono quindi in grado di dare suggerimenti di tipo nutrizionale e di adattamento del piano terapeutico;

telemonitoraggio e teleassistenza per pazienti cardiopatici: vengono monitorati a distanza i parametri vitali di pazienti cardiopatici a rischio, mediante dispositivi portatili (ECG, fonendoscopi elettronici, misuratori P.A, ecc.) e la gestione di protocolli di allarme;

telemonitoraggio e teleassistenza per pazienti con problemi respiratori (asma, BPCO): vengono monitorati i parametri vitali del paziente (tracciati ECG, fonendoscopia elettronica, spirometro digitale, ecc.);

telemonitoraggio e teleassistenza pazienti oncologici:

Esistono applicazioni di chemioterapia a domicilio o in strutture protette, terapie endovenose per mezzo di pompe portatili ad infusione continua, terapie spinali-epidurali contro il dolore dove può essere di estrema utilità rilevare l'efficacia dei trattamenti mediante dispositivi portatili, analogamente può essere attuato il telefollow-up per lo screening oncologico o per il monitoraggio dello stato della patologia in zone rurali.

telediagnosi per patologie proprie della medicina generale: sono svolti esami di base, fotografie (per pazienti con problemi dermatologici) a domicilio da parte di personale infermieristico su pazienti per cui è difficoltoso recarsi in ospedale.

telemonitoraggio per pazienti dializzati: la dialisi peritoneale video assistita avviene attraverso l'utilizzo di strumenti di video comunicazione con pazienti in dialisi domiciliare.

4.5 Aree d'intervento e modelli organizzativi

La telemedicina può trovare specifiche modalità d'intervento nelle varie fasi del processo assistenziale:

Prevenzione

L'intervento della telemedicina nelle attività di prevenzione è utile soprattutto per le categorie già identificate a rischio o persone già affette da patologie (ad esempio il diabete o patologie cardiovascolari), le quali, pur conducendo una vita normale, devono sottoporsi ad un costante

monitoraggio di alcuni parametri vitali, come ad esempio il tasso di glicemia per il paziente diabetico, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni.

Diagnosi

Le attività di diagnosi sono l'ambito assistenziale da cui le esperienze di telemedicina hanno mosso i primi passi, grazie alla possibilità di "muovere" le informazioni diagnostiche anziché far muovere il paziente: basti pensare alla possibilità di usufruire di esami diagnostici refertati (ECG, spirometria, analisi del sangue) presso l'ambulatorio del medico di base, la farmacia, il domicilio del paziente.

Terapia

Anche se di maggior complessità nell'intervento terapeutico, l'applicazione della telemedicina (ad esempio la teledialisi) sta uscendo dalla fase sperimentale per entrare nella pratica clinica. Anche l'utilizzo di servizi di "second opinion" può rientrare in quest'ambito, se finalizzati ad operare scelte terapeutiche ed a valutare l'andamento prognostico riguardante pazienti per cui la diagnosi è ormai chiara.

Riabilitazione

L'ambito dell'assistenza riabilitativa è quella che potrebbe godere dei più ampi benefici socio-economici dall'utilizzo della telemedicina. Esistono esperienze per la dimissione protetta (al domicilio o in strutture assistenziali dedicate) di pazienti sottoposti ad intervento chirurgico, così come per l'assistenza domiciliare a pazienti cronici, anziani, malati terminali.

La selezione di alcune delle tipologie di servizi di telemedicina rispetto alle aree di intervento sopradescritte verranno prese in esame nella prima fase del progetto adeguando la selezione rispetto al fabbisogno evidenziato.

Telemedicina domiciliare e territoriale nel contesto del sottoprogetto 3 "Percorso integrato di ospedalizzazione a domicilio con sorveglianza centralizzata"

Un'applicazione particolare rispetto al sopradescritto sottoprogetto riguarderà l'integrazione con il sottoprogetto 3 "Percorso integrato di ospedalizzazione a domicilio con sorveglianza centralizzata" in cui medici specialisti ricevono ed interpretano il risultato dell'indagine, comunicando eventualmente al medico curante la presenza di anomalie per le quali sono necessari approfondimenti.

La registrazione dei dati, attraverso dispositivi medici, potrà essere effettuata a seconda dei casi dal medico di famiglia o direttamente dal paziente o da personale volontario adeguatamente formato, e nel caso di residenze collettive e residenze socio-sanitarie assistite dal personale medico e paramedico accreditato.

Lo sviluppo della rete socio-sanitaria supportata da sistemi d'informatizzazione e di telemedicina finalizzata all'integrazione tra prevenzione, assistenza territoriale e ospedaliera, è obiettivo generale del sistema che diventa particolarmente pregnante per le aree geograficamente decentrate.

Mediante l'utilizzo dell'infrastruttura telematica possono essere assicurati coordinamento e continuità dell'assistenza sanitaria attraverso la "cooperazione telematica" di tutti gli attori che intervengono nel processo assistenziale (MMG, specialisti territoriali ed ospedalieri, medici di continuità assistenziale, operatori dell'emergenza) e degli operatori dei servizi sociali.

4.6 Sostenibilità del progetto a regime

I costi d' esercizio del progetto di telemedicina saranno assorbiti nella spesa per il personale già operante nelle singole aziende.

I costi di manutenzione dei supporti tecnologici saranno ricompresi all'interno della quota del bilancio aziendale destinata alla spesa per le attrezzature

4.7 Indicatore oggettivamente verificabile

1	DENOMINAZIONE	Indicatore efficacia attività di telemedicina
2	METODO di CALCOLO	N° Pazienti effettivamente gestiti con teleconsulto su patologia individuata/ Totale pazienti rientranti nel target per patologia
3	PERIODICITA'	semestrale
5	FONTE	Reports aziendali
6	LIVELLO di ANALISI Fonti di verifica	Aziende sanitarie
7	LIVELLI di UTILIZZO	Direzione Aziendale Direzione regionale Sanità
8	MODALITA' di CONFRONTO	- Audit interni

5. SOTTOPROGETTO 2 IMPLEMENTAZIONE ELISUPERFICI NOTTURNE A SERVIZIO DI COMUNITÀ ISOLATE E AREE DISAGIATE.

Finanziamento : 150.000€

Soggetti coinvolti: Centrale operativa 118 di Torino – AOU Città della Salute e della Scienza

Inizio :31/07/2016

Fine, 31/12/2018

Indicatore finale: Attivazione a regime di 10 elisuperfici notturne

Suddivisione fasi

I° fase - individuazione dei siti entro il 31/12/2016 e le aree potenzialmente più deboli da un punto di vista di accessibilità via terra e valutazione dell'idoneità tecnica

Indicatore di risultato I° fase Conclusione dei sopralluoghi e studio di fattibilità

II° fase Attivazione di tutte le elisuperfici identificate previo volo-test entro i 31/12/2017

Indicatore di risultato II° fase documentazione attivazione di 10 elisuperfici

III° fase verifica attività entro il 31/12/2018

Indicatore di risultato III° fase Reports su effettiva attuazione e relazione sui risultati

5.1 Obiettivi

Il decreto n. 70 del 2 aprile 2015 nel regolamentare gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, propone un Servizio di elisoccorso notturno integrato con i mezzi di soccorso di terra tramite un'adeguata rete di elisuperfici notturne a servizio di destinazioni sanitarie e comunità isolate e aree disagiate.

L'entrata in vigore della nuova normativa Europea in materia di operazioni di volo con la possibilità di utilizzo nelle ore notturne di spazi e superfici (es. campi sportivi) rispondenti a caratteristiche ben definite, illuminate o illuminabili ha permesso lo sviluppo di una rete diffusa sul territorio che conta attualmente 50 siti operativi.

Per incrementare l'utilizzo dei siti sopra menzionati, la Regione Piemonte dal 2015 ha in corso di attuazione un progetto di sviluppo di procedure PBN a supporto delle fasi di volo diurne e notturne.

L'introduzione della navigazione PBN (Performance Based Navigation) basata su segnali satellitari permette di realizzare procedure di volo e rotte strumentali da e per aree di

atterraggio a bassa quota con elevati standard di sicurezza, permetterà, anche in Italia, di estendere il servizio di elisoccorso in orario diurno e notturno, anche in caso di visibilità ridotta migliorando l'operatività attuale.

L'estensione alle aree disagiate di fatto completa e rende capillare un servizio di collegamento fra le varie reti di trattamento ospedaliero e territoriale.

Naturalmente quanto maggiore sarà il numero di siti disponibili, tanto più il servizio potrà essere efficace in termini di risposta sanitaria ad problemi di salute espressi in emergenza e urgenza.

5.2 Sviluppo del progetto

Con il presente progetto verranno individuati 10 siti (campi sportivi o superfici di analoghe dimensioni) in zone disagiate dell' area montana Piemontese che verranno dotati di impianto di illuminazione secondo la rispondenze ai criteri indicati nel Regolamento Europeo.

L'area o le aree individuate verranno preventivamente valutate dalla Commissione Tecnica Regionale Elisoccorso per valutarne l'idoneità.

Verrà pianificato l'utilizzo, laddove possibile, di campi sportivi di adeguate dimensioni che verranno dotati di impianti di illuminazione ovvero di aree assimilabili a tali impianti, che rispondano ai criteri indicati nel Regolamento Europeo.

L'elisuperficie così individuata potrà essere utilizzata per il conferimento diretto di pazienti verso il Presidio Ospedaliero di competenza ovvero per operazioni di Rendez Vous tra i mezzi di soccorso di terra del territorio limitrofo e l'elisoccorso.

Caratteristiche tecniche

Ciascun sito dovrà avere:

- dimensioni minime di metri 70x40;
- superficie con manto erboso cui sia effettuata manutenzione o in terra battuta adeguatamente irrigabile o in conglomerato cementizio, bituminoso e loro derivati
- possibilità di illuminazione del sito con le caratteristiche almeno parificabili ad illuminazione pubblica urbana;
- un'area circostante sgombra da ostacoli (es. linee elettriche di alta tensione, pale eoliche, cavi sospesi di teleferiche o funivie, antenne, etc.) per un raggio indicativo di 200 ed un angolo di 9° dal centro (come da figura allegata);
- accesso alle rete viaria raggiungibile dai mezzi di soccorso che all'uopo vengono inviati sia per il trasporto di pazienti che in supporto all'equipe sanitaria dell'elisoccorso

L'iter si completerà con la definizione di una procedura condivisa relativa all'accensione delle luci e all'accesso al sito che potrà prevedere le seguenti opzioni, già adottate da diversi Comuni con buoni risultati in termini di operatività:

- Accensione e apertura degli accessi manuale attraverso la collaborazione con Enti Locali e/o Associazioni di Volontariato presenti nel territorio interessato (Polizia Locale, Associazioni di Volontariato, Protezione Civile)
- Accensione e apertura degli accessi automatica dall'elicottero o dalla Centrale Operativa 118 previa installazione di un dispositivo di telecomando nel sito interessato.

5.3 Punti di forza

- Progressivo incremento dei siti utilizzabili h24
- Distribuzione uniforme dei siti sul territorio regionale per il raggiungimento di aree altrimenti non raggiungibili

5.4 Punto di debolezza

- condizioni meteorologiche particolarmente avverse che rappresentano un'evenienza non risolvibile.
- Difficoltà nel cooptare le amministrazioni locali

5.5 Sostenibilità del progetto a regime

Una volta attuata l'implementazione delle elisuperfici la gestione del progetto non comporterà costi di esercizio. Eventuali spese di manutenzione rientreranno comunque nel finanziamento vincolato del Sistema 118

5.6 Indicatore oggettivamente verificabile

1	DENOMINAZIONE	Indicatore di dimensionamento n. elisuperfici
2	METODO di CALCOLO	N° elisuperfici attivate in area disagiata/n.elisuperfici totali
3	PERIODICITA'	semestrale
5	FONTE	Reports
6	LIVELLO di ANALISI Fonti di verifica	Azienda sanitaria Dipartimento interaziendale 118
7	LIVELLI di UTILIZZO	Direzione Aziendale Direzione regionale Sanità Centrali operative 118

6. Sottoprogetto 3: Percorso integrato di ospedalizzazione a domicilio con sorveglianza centralizzata

Finanziamento : 292.830€

Soggetti coinvolti: Aziende sanitarie sede di Ospedale con Pronto soccorso di area disagiata – ASLTO3, ASLCN1, ASL TO4, ASLAL

Inizio :31/07/2016

Fine: 31/12/2018

Indicatore finale: Individuazione di percorsi definiti per visite domiciliari di Medicina interna e di assistenza a malati terminali

- **I° fase - individuazione target in base ai dati in possesso ed inserimento dei pazienti in un database rispetto ai fabbisogni individuati**
 - **Indicatore di risultato I° fase** Raccolta e indagine effettuata da parte delle Aziende interessate per verificare i fabbisogni sanitari identificandoli rispetto ai soggetti coinvolti
 - **II° fase Attivazione dei servizi coinvolti nella attività di ospedalizzazione a domicilio**
 - **Indicatore di risultato II° fase** Numero di pazienti trattati nel contesto del percorso integrato di ospedalizzazione a domicilio: Almeno 50 all'anno a livello regionale
- III° fase Analisi conclusiva - Attuazione della verifica sull' efficacia:** Indicatori di risultato III° fase riduzione dell' afferenza di pazienti nei pronti soccorsi delle aree coinvolte nel progetto (%..)

6.1 Obiettivi:

L'ospedalizzazione domiciliare è un tipo di assistenza a domicilio che consente di garantire al paziente tutte le prestazioni che normalmente vengono erogate in ospedale. La responsabilità della cura del malato non ricade sul medico di medicina generale, ma sulla divisione ospedaliera che lo mantiene in carico.

La Delibera Regionale (DGR del 16 marzo 2010 n.85-13580) ha definito l'Ospedalizzazione a Domicilio come una forma di assistenza sanitaria di carattere ospedaliero, che prevede l'organizzazione delle cure presso il domicilio dei pazienti affetti da patologie in fase acuta, ma che non necessitano di attrezzature ad alta complessità tecnologica, monitoraggio intensivo/invasivo, in alternativa al ricovero ospedaliero.

Essa si caratterizza per la totale presa in carico di tipo clinico del paziente da parte di una struttura ospedaliera ad opera di personale sanitario espressamente formato e dotato di documentata esperienza nella gestione del paziente in fase acuta al di fuori dello stretto ambito ospedaliero

Gli obiettivi prevalenti sono:

- una maggiore appropriatezza ed umanizzazione delle cure promuovendo il miglioramento sia della qualità dell'assistenza sanitaria sia della qualità della vita dei pazienti.
- il precoce reinserimento del malato nel suo contesto sociale e familiare, dopo un ricovero ospedaliero in realtà geografiche e organizzative difficili, ove persistono singolari caratteristiche di disagio dovute alle limitazioni geografiche del territorio., alle risorse assistenziali disponibili (intese come punti ambulatorio ecc)
- la riduzione del tasso di ospedalizzazione;
- il miglioramento dell'assistenza sanitaria ai malati cronici e ai malati in fase terminale;
- l'attuazione di metodologie d'intervento sanitario integrato e unificato con il consolidamento di sinergia tra struttura ospedaliera medici di medicina generale e volontariato

Si tratta di un'assistenza domiciliare collegata con un ospedale di area disagiata e rivolta a malati dimessi dallo stesso ospedale, per evitare gli effetti negativi di una prolungata degenza in ambiente ospedaliero; tale assistenza è attuabile quando, con il consenso del malato e della sua famiglia, si sia in grado di garantire nell'ambito familiare gli stessi livelli di trattamento e di assistenza che sarebbero praticati in ospedale.

Deve essere assicurata la continuità di cura con l'intervento degli stessi medici e infermieri del reparto ospedaliero di ricovero a supporto dell'opera del medico curante e degli infermieri dei servizi sanitari di base.

Una applicazione tipica dell'assistenza ospedaliera a domicilio può essere rivolta ad ammalati anziani cronici che, in alternativa alla permanenza in un tradizionale reparto ospedaliero in condizioni spesso di grave disagio possono ritornare nell'ambito familiare ed usufruire di un piano di assistenza completo e più consono alle loro esigenze.

6.2 Punti di forza

- ❖ Il malato è reinserito nell'ambito familiare e si riducono così gli effetti negativi dell'ospedalizzazione (disagi di ordine psicologico, economico e sociale per il paziente e per la sua famiglia con. distanze territoriali tra residenza ed ospedale considerevoli in zone di elevato disagio)
- ❖ Sono arginate le problematiche esistenti al momento della dimissione del malato dall'ospedale per le difficoltà di comunicazione tra medico ospedaliero e medico curante, vissute dal malato con sensazione di abbandono e di insicurezza e che spesso compromette la continuità di cura.
- ❖ Il malato è reinserito nell'ambito familiare e si riducono così gli effetti negativi dell'ospedalizzazione che valorizza la partecipazione diretta anche del personale di assistenza, della famiglia e del malato stesso.
- ❖ L'assistenza ospedaliera a domicilio rappresenta una concreta modalità di «apertura» e di collegamento dell'ospedale ai Servizi Sanitari territoriali e alla assistenza medica di base.

6.3 Punti di debolezza

- ❖ Reticenza da parte del malato stesso e della sua famiglia al piano di trattamento in quanto vissuta come uno svilimento della assistenza ospedaliera
- ❖ Problematiche di concertazione fra i diversi operatori
- ❖ Problematiche connesse alla disponibilità e capacità' di utilizzo di mezzi di comunicazione e o informatici da parte del paziente/ famiglia

6.4 Attuazione del Piano di assistenza

Personale coinvolto

Il piano di assistenza dovrà coinvolgere personale che assisterà i pazienti a domicilio (medici, infermieri, e volontari) secondo un piano di assistenza condiviso con il paziente e la famiglia.

In particolare:

- il medico di base cui è affidato l'assistito
- i medici specialisti ospedalieri e gli infermieri del reparto di dimissione.
- infermieri del distretto
- personale dedicato (nell' ambito di un' associazione di volontariato) per contatti telefonici
- il malato e la sua famiglia, che devono dare esplicito consenso e piena disponibilità all'assistenza a domicilio;

Dotazione di alcuni dispositivi e apparecchiature da consegnare al domicilio e/o al reparto di degenza

A titolo di esempio sono elencati alcuni dispositivi necessari alla realizzazione del percorso integrato di ospedalizzazione :

Bioimpedenziometro portatile (al reparto)

Pulsiossimetro con software per la registrazione multicanale in telemetria dei dati analizzati (al domicilio)

Pompa di infusione sottocutanea

Disponibilità di un collegamento telefonico al domicilio dell'assistito con un preciso recapito dedicato ospedaliero, dove il medico di servizio possa essere contattato e rispondere a richieste d'interventi urgenti e così soddisfare le esigenze con di consigli, di suggerimenti o di semplice conforto, per la tranquillità del malato e dei familiari

Le fasi operative del progetto :

È proposto uno schema di realizzazione del progetto attraverso alcune fasi di sviluppo che potranno essere rimodulate e riadattate nel contesto di attuazione dello stesso:

Definizione alla dimissione del paziente dello score "HOSPITAL" e suo inserimento nelle classi a basso, medio o alto rischio di re ricovero a un mese

- I pazienti a basso rischio sono affidati al MMG
- I pazienti a medio rischio sono dimessi con l'indicazione di visita ambulatoriale specialistica, entro 20-25 giorni presso l'ambulatorio specialistico.

- I pazienti ad alto rischio sono dimessi con indicazione a valutazione ambulatoriale a sette giorni con le modalità descritte per i soggetti di cui al punto b.
- Nel caso di soggetti allettati indipendentemente dalla sede (domicilio o struttura) e della tipologia di degenza (ADI) è prevista la visita domiciliare da parte dello specialista ospedaliero, entro le tempistiche del punto c.

Per ogni paziente di classe di rischio medio e alto viene definito il progetto “Percorso Integrato di Ospedalizzazione A Domicilio con sorveglianza Centralizzata ” la cui attivazione dipende dalla presenza di tutti i requisiti di seguito riportati:

- Consenso informato del paziente che è conservato in originale nella cartella clinica; una copia è consegnata al paziente.
- Consenso del MMG per la attivazione del progetto.
- Individuazione / nomina di un “care giver”
- Al paziente (o al care giver) viene comunicato un numero di telefono (linea rossa) cui fare riferimento in caso di necessità (ore 8-20) per contattare il medico specialista.

Al paziente sono somministrati i questionari:(in lingua italiana.

- a. “ATTIVITÀ DI BASE DELLA VITA QUOTIDIANA (BADL)”
- b. “INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING – IADL”
- c. “MINNESOTA LIVING WITH HEART FAILURE QUESTIONNAIRE nella versione validata in lingua italiana solo ai soggetti affetti da scompenso cardiaco
- d. “CLINICAL COPD QUESTIONNAIRE” nella versione validata in lingua italiana solo ai soggetti con BPCO

I dati desunti dai questionari sono la base per le successive interviste telefoniche effettuate da personale (volontario) debitamente formato.

- e. I questionari in base alla patologia sofferta, saranno somministrati telefonicamente ogni 5 giorni per quattro volte quindi ogni sette giorni per altre quattro volte e in seguito ogni quindici giorni.
- f. Saranno registrati e riferiti al medico alcuni parametri: peso corporeo, frequenza cardiaca, presenza di edemi, comparsa di ortopnea, comparsa di dispnea a riposo o da sforzo, comparsa o peggioramento di nicturia, cianosi. Sarà inoltre verificata la corretta aderenza alla terapia,

- g. Sulla base dei dati clinici e dello score rilevato dal questionario (scostamento dall'iniziale) lo specialista ospedaliero in collaborazione con il MMG definisce la più adeguata tempistica dell'intervento domiciliare.
- h. Il progetto prevede, (previo consegna al paziente dei dispositivi dedicati) di attuare una sorveglianza in telemetria di frequenza cardiaca e pulsiossimetria estemporanea o con registrazione delle 24 ore,

Questa modalità di assistenza potrà essere anche adottata, con le modalità descritte, a favore di soggetti seguiti in ambulatorio specialistico (es medicina interna e/o di pneumologia) le cui caratteristiche siano tali da prospettare l'ipotesi di un eventuale ricovero ospedaliero procrastinabile con tale tipologia di assistenza.

6.5 Sostenibilità del progetto a regime

I costi d' esercizio del progetto saranno assorbiti nella spesa per il personale già operante nelle singole aziende.

I costi di manutenzione dei dispositivi utilizzati rientreranno all'interno della quota del bilancio aziendale destinata alla spesa per le attrezzature

6.6 Indicatore oggettivamente verificabile

1	DENOMINAZIONE	Indicatore efficacia attività percorso integrato ospedale/territorio
2	METODO di CALCOLO	Numeri ricoveri ripetuti di soggetti inseriti nel percorso integrato/ricoveri totali
3	PERIODICITA'	semestrale
5	FONTE	Reports aziendali/ SDO
6	LIVELLO di ANALISI Fonti di verifica	Aziende sanitarie coinvolte (con PS di area disagiata)
7	LIVELLI di UTILIZZO	Direzione Aziendale Direzione regionale Sanità
8	MODALITA' di CONFRONTO	- Audit interni

SCHEDA PROGETTO¹

1	TITOLO DEL PROGETTO <i>eventuale acronimo</i>	"Una salute a Km 0"
----------	---	---------------------

2	BREVE SINTESI	<p>Il Progetto della Regione Piemonte denominato "Una salute a KM 0" sarà articolato sui tre ambiti individuati che riguarderanno in modo trasversale l' area territoriale, l'area dell' emergenza urgenza, l'area ospedaliera/territoriale (cure primarie):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Sottoprogetto 1 ; Area territoriale: "telemedicina di supporto al sistema sanitario nelle aree caratterizzate da eccezionali difficoltà " <p>Il progetto intende avvalersi di strumenti di telemedicina per la presa in carico di pazienti cronici e particolarmente deboli residenti in aree montane o particolarmente disagiate, quale supporto all'attività di monitoraggio e assistenza in condizioni di non autosufficienza e cronicità. La tipologia di servizi afferenti il telemonitoraggio e la telemedicina in base alle valutazioni dei fabbisogni definiti nella prima fase del progetto potrà riguardare pazienti anziani o disabili, donne in gravidanza a rischio, pazienti diabetici, pazienti cardiopatici, pazienti con problemi respiratori, pazienti oncologici, pazienti dializzati.</p> <ul style="list-style-type: none"> Sottoprogetto 2 Area emergenza urgenza Implementazione elisuperfici notturne a servizio di comunità isolate e aree disagiate. <p>Verranno individuati nuovi siti con operatività notturna in zone disagiate dell' area montana piemontese che saranno dotati di impianto di illuminazione secondo la rispondenze dei criteri indicati nel Regolamento Europeo. Le aree individuate verranno preventivamente valutate dalla Commissione Tecnica Regionale Elisoccorso per verificarne l'idoneità. Verrà pianificato l'utilizzo, laddove possibile, di campi sportivi di adeguate dimensioni che saranno dotati di impianti di illuminazione ovvero di aree assimilabili a tali impianti. Il campo sportivo illuminato o un'area assimilabile sarà utilizzato a servizio di destinazione sanitaria per il Presidio Ospedaliero per le richieste di conferimento pazienti o di trasporto secondario da e per la struttura stessa o utilizzo per operazioni di Rendez Vous tra i mezzi di soccorso di terra del territorio limitrofo e in caso</p>
----------	----------------------	---

¹ Fondo Sanitario Nazionale 2011-2013: assegnazione alle Regioni delle quote accantonate sulle somme vincolate agli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale previsti dal piano sanitario nazionale 2006-2008 per la realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso. (Delibera n. 122/2015).

di necessità di conferimento pazienti a centri di livello superiore.

❖ **Sottoprogetto 3 Area ospedaliera/territoriale
Percorso integrato a domicilio con
Sorveglianza Centralizzata.**

Il sotto progetto intende, attraverso l'ospedalizzazione domiciliare, garantire al paziente alcune prestazioni che normalmente vengono erogate in ospedale. La responsabilità della cura del malato non ricade sul medico di medicina generale, ma sulla divisione ospedaliera che lo mantiene in carico. Le strutture ospedaliere coinvolte saranno quelle già individuate come presidi di area disagiata dalla DGR 1-600 del 19 novembre 2014. Il progetto prevede l'assistenza domiciliare collegata con un ospedale di area disagiata e rivolta a malati dimessi dallo stesso ospedale, per evitare gli effetti negativi di una prolungata degenza in ambiente ospedaliero; tale assistenza è attuabile quando, con il consenso del malato e della sua famiglia, si sia in grado di garantire nell'ambito familiare gli stessi livelli di trattamento e di assistenza che sarebbero praticati in ospedale, assicurando la continuità di cura con l'intervento degli stessi medici e infermieri del reparto ospedaliero di ricovero a supporto dell'opera del medico curante e degli infermieri dei servizi sanitari di base. Una applicazione tipica dell'assistenza ospedaliera a domicilio può essere rivolta ad ammalati anziani cronici che, in alternativa alla permanenza in un tradizionale reparto ospedaliero in condizioni spesso di grave disagio possono ritornare nell'ambito familiare ed usufruire di un piano di assistenza completo e più consono alle loro esigenze.

RESPONSABILITA'			
3	Responsabile scientifico del progetto	<i>Cognome Nome</i>	Dott. Vittorio Demicheli
		<i>Ruolo e qualifica</i>	Responsabile Settore Assistenza Sanitaria e Socio-sanitaria Territoriale
		<i>Recapiti telefonici</i>	
		<i>e-mail</i>	vittorio.demicheli@regione.piemonte.it
	Responsabile amministrativo del progetto	<i>Cognome Nome</i>	Dott.ssa Fabrizia Tagliaferri
		<i>Ruolo e qualifica</i>	Funzionario regionale
		<i>Recapiti telefonici</i>	011432-2926
		<i>e-mail</i>	Fabrizia.tagliaferri@regione.piemonte.it

4	GRUPPO DI LAVORO			
	<i>Cognome Nome</i>	<i>Ruolo e qualifica</i>	<i>Recapiti telefonici</i>	<i>e-mail</i>

		<i>Responsabile</i>		
	Dott. Viglino Giusto	Direttore SC. Nefrologia, Dialisi e Nutrizione Clinica. ASL CN2		
	Dott. Carlo Muzzolini	Direttore S.C. Medicina Interna Ceva - ASLCN1		
	Dott Roberto Vacca	<i>Direttore ff Sc Elisoccorso</i>		
	Dott.ssa Egle Valle	<i>Direttore SC Emergenza Urgenza 118- Novara</i>		
	Dott. Mauro Merlino	<i>Coordinatore infermieristico ASL AT</i>		
	Dott. Luca Monchiero	<i>Direttore Distretto Alba</i>		

5	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
	Ente finanziatore	Riferimento (delibera, atto ecc.)	Importo richiesto
	<input type="radio"/> Regione		
	<input type="radio"/> Azienda (indicare centro di costo)		
	<input type="radio"/> Stato	Deliberazione CIPE n.122 del 23.12.2015	692.830,00
6	ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO	<p>La realtà geografica e organizzativa delle aree afferenti la zona alpina e quindi tutto il contesto montano, presenta singolari caratteristiche di disagio se si prendono in considerazione l'estensione del territorio, la rete di accesso ai servizi sanitari, i lunghi tempi di percorrenza e di accesso agli ospedali hub e spoke, i servizi offerti e l'età della popolazione particolarmente avanzata; inoltre in queste aree si rileva il disagio "sociale" di molte famiglie divenute spesso mono componenti, e le difficoltà dei MMG impegnati in contesti di isolamento a dover gestire situazioni a domicilio di pazienti complessi.</p>	
7	MOTIVI CHE DETERMINANO LA NECESSITÀ DEL PROGETTO	<p>Necessità di dare risposte sanitarie adeguate in zone identificate in contesti di particolare disagio e difficoltà, al fine di garantire l'equità di accesso e trattamento a tutti i cittadini e contestualmente migliorare l'appropriatezza e l'ottimizzazione delle risorse impiegate, fornendo a domicilio prestazioni di qualità analoghe a quelle fornite in ospedale.</p>	

8	CONSEGUENZE DERIVANTI DALLA MANCATA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	Disparità di trattamento nell' erogazione dei servizi ;aumento ricoveri ripetuti ed accesso al pronto soccorso; aumento dei tempi di intervento del sistema di emergenza urgenza 118.
----------	---	---

9	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista
		30 Luglio 2016 (A seguito dell'approvazione del progetto da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA)	31 dicembre 2018

10	TIPOLOGIA DEL PROGETTO <i>Fare una X a fianco della tipologia di progetto</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Innovazione
		<input checked="" type="checkbox"/> Implementazione
		<input type="checkbox"/> Mantenimento
		<input type="checkbox"/> Altro <i>specificare</i>

11	EVENTUALI PROGETTI CORRELATI	
	Titolo	
	Responsabile del progetto	
	Struttura di riferimento	
	Obiettivo	
	Modalità	

12	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Miglioramento dell' appropriatezza delle cure, diminuzione ricoveri ripetuti ed accessi al Pronto soccorso, consolidamento e potenziamento del sistema emergenza urgenza e conseguente diminuzione dei tempi di intervento.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Aumento dell'integrazione dei modelli organizzativi e di collegamento tra la rete ospedaliera e territoriale

13	OBIETTIVO GENERALE Obiettivi raggiunti al termine del progetto	-Miglioramento del percorso di continuità di cure coniugando correttamente soluzioni tecnologiche innovative con bisogni di salute. -Potenziamento del sistema di emergenza urgenza -Miglioramento sia della qualità dell' assistenza sanitaria sia della qualità della vita dei pazienti e riduzione dei ricoveri ripetuti dopo la dimissione dal reparto di medicina ed accessi a pronto soccorso.
-----------	--	--

14	OBIETTIVI SPECIFICI <i>Obiettivi realizzati per ogni fase del progetto</i>	1°. ottimizzazione delle risorse, miglioramento dell'appropriatezza, potenziando il sistema delle cure domiciliari, 2°. aumento del numero di elisuperfici disponibili, al fine di accrescere l' efficacia in termini di risposta sanitaria in emergenza e urgenza; 3°. una maggiore appropriatezza delle cure con evidente miglioramento della qualità dell' assistenza sanitaria ;
-----------	--	--

		<p>4°. la riduzione del tasso di ospedalizzazione;</p> <p>5°. il miglioramento dell'assistenza sanitaria ai malati cronici e ai malati in fase terminale;</p>
15	STRATEGIA INDIVIDUATA	La strategia individuata riguarda il potenziamento dell' attività di elisoccorso, lo sviluppo della telemedicina e dell' ospedalizzazione a domicilio
16	STRUMENTI E METODI <i>Per i progetti formativi specificare metodi di insegnamento/apprendimento</i>	Per il potenziamento dell' attività di elisoccorso saranno ricalcate le stesse metodologie di individuazione dei siti già attualmente operanti con la preventiva valutazione di idoneità della Commissione Tecnica Regionale Elisoccorso; per i progetti di telemedicina e ospedalizzazione a domicilio verranno effettuate sperimentazioni con l' eventuale riadattamento di esperienze già in essere.
17	MODALITÀ DI COMUNICAZIONE <i>Indicare tipologia di evento e se rivolto all'esterno o all'interno dell'azienda</i>	----
18	SOGGETTI A CUI È RIVOLTO IL PROGETTO <i>Indicare tipologia di pazienti e/o patologia, popolazione target, ecc.</i>	Il target riguarderà in linea generale tutti i cittadini residenti nelle zone interessate, con particolare attenzione ai pazienti affetti da patologie in fase acuta, ma che non necessitano di attrezzature ad alta complessità tecnologica per il progetto di ospedalizzazione a domicilio e pazienti in condizioni di non autosufficienza e cronicità per il sottoprogetto di telemedicina.
19	AREA E/O SETTORE IN CUI SI SVOLGE IL PROGETTO <i>Indicare ospedale, territorio, unità operative coinvolte ecc.</i>	<p>Sistema emergenza urgenza</p> <p>Ospedali di area disagiata</p> <p>Cure primarie</p>

PUNTI DI FORZA	
Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'incrementazione
<p>20</p> <p><u>Sottoprogetto 1</u></p> <p>Permettere ai pazienti di rimanere nel proprio ambiente domestico fornire a domicilio prestazioni di qualità analoga o migliore di quelle fornite in ospedale; favorire la precoce evidenziazione di variazioni nella situazione clinica del paziente; permettere di inviare le informazioni e di avere il consulto rapido da parte di specialisti; ridurre i costi per il servizio sanitario di ricoveri prolungati o non necessari.</p> <p><u>Sotto progetto 2</u></p> <p>Distribuzione uniforme delle elisuperfici sul territorio regionale per il raggiungimento di aree altrimenti non raggiungibili.</p> <p><u>Sotto progetto 3</u></p> <p>Reinserimento del paziente nell'ambito familiare riducendo così gli effetti negativi dell'ospedalizzazione Collegamento tra ospedale, Servizi Sanitari territoriali, e assistenza medica di base.</p>	<p><u>Sotto progetto 1</u></p> <p>Ampliamento dei supporti di telemedicina e condivisione continua tra i diversi operatori attraverso l' adeguamento degli attuali sistemi informatici</p> <p><u>Sotto progetto 2</u></p> <p>Ricerca di ulteriori siti e divulgazione del progetto presso le diverse amministrazioni comunali</p> <p><u>Sotto progetto 3</u></p> <p>Potenziamento forme organizzative di aggregazione e di assistenza sanitaria a carattere ospedaliero e territoriale</p>

PUNTI DI DEBOLEZZA	
Indicare i punti di <i>debolezza</i>	
21	<ul style="list-style-type: none"> - Ritrosia da parte di pazienti rispetto al cambiamento e a forme non tradizionali di assistenza sanitaria - Difficile concertazione tra gli operatori territoriali e ospedalieri coinvolti - Difficoltà nel cooptare le amministrazioni locali

- Sviluppo azioni di Informazione agli utenti
- Predisposizione protocolli di intesa con i vari operatori coinvolti
- Azioni di coinvolgimento delle amministrazioni locali

22	EVENTUALI SITUAZIONI AVVERSE <i>Indicare eventuali problemi che potrebbero impedire la realizzazione del progetto e le strategie per eluderle</i>
----	---

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO				
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica	Responsabile
Sottoprogetto 1	Individuazione popolazione /target e identificazione delle aziende sanitarie coinvolte Attribuzione della funzione alle aziende sanitarie	Verrà svolta una indagine conoscitiva da parte delle aziende sanitarie di riferimento individuando i fabbisogni e identificando le aree di intervento	1) Relazione da parte delle Aziende sanitarie – 2) Determinazione dirigenziale di affidamento della funzione	
	Acquisizione/noleggio apparecchiature per lo svolgimento di servizi di telemedicina	Le Aziende sanitarie individuate dovranno procedere all' acquisizione delle attrezzature e dei sistemi informatici	Determinazione impegno di spesa	
	Avvio sistema di telemedicina	Le Aziende sanitarie dovranno attuare i servizi di teleconsulto	Report su attività svolta	

Sottoprogetto 2	Individuazione dei siti e le aree potenzialmente più deboli da un punto di vista di accessibilità via terra e valutazione dell' idoneità tecnica	Sopralluoghi e studio di fattibilità da parte della Commissione Tecnica regionale istituita presso l' AOU Città della Salute e della Scienza di Torino	Determinazione dirigenziale di attribuzione delle funzioni alla AOU Città della salute e della Scienza di Torino Relazione Commissione tecnica	
	Attivazione di tutte le elisuperfici identificate previo volo-test	Adattamento campi sportivi installazione impianti di illuminazione secondo la rispondenze ai criteri indicati dalla normativa	Documentazione tecnica adattamento siti e relazione volo test	
	Verifica attività	Svolgimento attività a regime	Reports a dati attività	
	Individuazione target in base ai dati in possesso ed inserimento dei pazienti in un database rispetto ai fabbisogni individuati	Verrà svolta una indagine conoscitiva da parte delle aziende sanitarie afferenti i presidi di area disagiata individuando i fabbisogni e identificando le aree di intervento	1) Relazione da parte delle Aziende sanitarie – 2) Determinazione dirigenziale di affidamento della funzione	
Sottoprogetto 3	Attivazione dei servizi coinvolti nella attività di ospedalizzazione a domicilio	Definizione protocolli interni; Rilevazione numero di pazienti trattati nel contesto del percorso integrato di ospedalizzazione a domicilio	reports pazienti trattati	
	Verifica sull' efficacia riduzione dell' afferenza di pazienti nei pronti soccorsi delle aree coinvolte nel progetto	Rilevazione dati accessi al pronto soccorso	Reports accessi al pronto soccorso	

PROGRAMMAZIONE TEMPORALE DELLE ATTIVITÀ			
<i>Indicare il riferimento temporale nella colonna tempo: anno, semestre, quadrimestre, altro</i>			
Fase	Azione	Tempo	Costo €
24 Sottoprogetto 1	Individuazione popolazione /target	Entro 31/12/2016	€ 250.000
	Acquisizione apparecchiature	Entro 31/07/2017	
	Avvio sistema	Entro 31/07/2017	
Sottoprogetto 2	Individuazione dei siti	Entro 31/12/2016	€ 150.000
	Attivazione di tutte le elisuperfici identificate volo-test	Entro 31/12/2017	
	Verifica attività	Entro 31/12/2018	
Sottoprogetto 3	Individuazione target	Entro 31/12/2016	€ 292.830
	Attivazione dei servizi	Entro 31/12/2017	
	Verifica sull' efficacia	Entro 31/12/2018	

DOCUMENTI PRODOTTI	
<i>Indicare: Regolamento, procedura, analisi dati, software, ecc.</i>	
25	
Tipo di documento formalizzato	Attività di riferimento

Determinazione dirigenziale di individuazione delle aziende sanitarie coinvolte per lo svolgimento di servizi di telemedicina e relativo impegno di spesa	Individuazione delle Aziende sanitarie coinvolte nel progetto di telemedicina – Attribuzione funzione e impegno di spesa a favore delle aziende sanitarie individuate
Determinazione dirigenziale di attribuzione delle funzioni alla AOU Città della Salute e della Scienza di Torino Relazione Commissione tecnica	Attribuzione funzione per il sottoprogetto per l'implementazione delle elisuperfici e impegno di spesa a favore dell' azienda Città della Salute e della Scienza di Torino
Determinazione dirigenziale di attribuzione coinvolte per lo svolgimento di servizi di ospedalizzazione a domicilio e relativo impegno di spesa	Attribuzione funzione alle Aziende sanitarie coinvolte nel sottoprogetto per la realizzazione del percorso integrato a domicilio con sorveglianza centralizzata e relativo impegno di spesa

26	PREVISIONE O REALIZZAZIONE EVENTI <i>Indicare: convegno, seminario, conferenza stampa, articolo, ecc.</i>		
	Tipologia	Titolo	Target (operatori, popolazione, ecc.)
	----	----	----

27	VALUTAZIONE DELL'IMPATTO ECONOMICO/FINANZIARIO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 692.830,00

28	MONITORAGGIO		
	Fase	Data	Risultato

29	VALUTAZIONE DEL RESPONSABILE DEL PROGETTO <i>Valori da 0 a 5</i>	Priorità	Impatto sull'utenza	Impatto sull'organizzazione

30. TRASFERIBILITÀ DEL PROGETTO

31. **ATTUAZIONE DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO E RIVALUTAZIONE DI RISULTATI** Verranno effettuate periodiche verifiche da parte del Settore regionale competente sulla attuazione del Progetto, al fine di proporre soluzioni per risolvere le eventuali criticità emerse

32. **PAROLE CHIAVE** Telemedicina, elisupefrici, percorso integrato territorio/ ospedale

33. **LISTA DI DISTRIBUZIONE**

34. **ALLEGATI 1: INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI**

35. **ALLEGATO 2: SCHEDA COSTI**

ALLEGATO N. 1: Indicatore oggettivamente verificabile

1	DENOMINAZIONE	Indicatore efficacia attività di telemedicina
2	METODO di CALCOLO	N° Pazienti effettivamente gestiti con teleconsulto su patologia individuata/ Totale pazienti rientranti nel target per patologia
3	PERIODICITA'	semestrale
4	STANDARD	
5	FONTE	Reports aziendali
6	LIVELLO di ANALISI Fonti di verifica	Aziende sanitarie
7	LIVELLI di UTILIZZO	Direzione Aziendale Direzione regionale Sanità
8	MODALITA' di CONFRONTO	- Audit interni
9	RAPPRESENTAZIONE GRAFICA Se significativa	-
10	NOTE	

ALLEGATO N. 2: Indicatore oggettivamente verificabile

1	DENOMINAZIONE	Indicatore di dimensionamento n. elisuperfici
2	METODO di CALCOLO	N° elisuperfici attivate in area disagiata/n. elisuperfici totali
3	PERIODICITA'	semestrale
4	STANDARD	
5	FONTE	Reports
6	LIVELLO di ANALISI Fonti di verifica	Azienda sanitaria Dipartimento interaziendale 118
7	LIVELLI di UTILIZZO	Direzione Aziendale Direzione regionale Sanità Centrali operative 118
8	MODALITA' di CONFRONTO	-
9	RAPPRESENTAZIONE GRAFICA Se significativa	-
10	NOTE	

ALLEGATO N. 3: Indicatore oggettivamente verificabile

1	DENOMINAZIONE	Indicatore efficacia attività percorso integrato ospedale/territorio
2	METODO di CALCOLO	Numeri ricoveri ripetuti di soggetti inseriti nel percorso integrato/ricoveri totali
3	PERIODICITA'	semestrale
4	STANDARD	
5	FONTE	Reports aziendali/ SDO
6	LIVELLO di ANALISI Fonti di verifica	Aziende sanitarie coinvolte (con PS di area disagiata)
7	LIVELLI di UTILIZZO	Direzione Aziendale Direzione regionale Sanità
8	MODALITA' di CONFRONTO	- Audit interni
9	RAPPRESENTAZIONE GRAFICA Se significativa	-
10	NOTE	

ALLEGATO N. 2: Scheda dei costi
COPERTURA FINANZIARIA DEL PROGETTO

TITOLO PROGETTO	"Una salute a Km 0"	FINANZIAMENTO Quota accantonata FSN	€ 692.830,00
STRUTTURA DI RIFERIMENTO	Regione Piemonte - Direzione Sanità – Settore Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria Territoriale	ALTRO FINANZIAMENTO	€
REFERENTE SCIENTIFICO	Demicheli Vittorio	ALTRO FINANZIAMENTO	€
REFERENTE AMMINISTRATIVO	Tagliaferri Fabrizia	TOTALE IMPORTO DEL PROGETTO	€ 692.830,00

FONDI DI COPERTURA

FONDO SANITARIO NAZIONALE 2011-2013: quote accantonate sulle somme vincolate agli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale previsti dal piano sanitario nazionale 2006-2008

PRIMO ACCANTONAMENTO	50% anno 2011	€ 254.715,00
SECONDO ACCANTONAMENTO	30% anno 2011	€ 152.829,00
SALDO	20% anno 2011 100% anno 2012 100% anno 2013	€258.286,00

ALTRE FONTI DI COPERTURA

DESCRIZIONE	IMPORTO
	€
	€
	€

VOCI DI SPESA

DESCRIZIONE	IMPORTO €
Adeguamento elisuperfici – campi sportivi (impianti di illuminazione)	€ 147.000,00
Spese sopralluoghi e progettazione adeguamento elisuperfici Trasferte	€ 3.000,00
Acquisizione/noleggio apparecchiature di telemedicina	€ 200.000,00
Convenzioni con associazioni di volontariato	€ 80.000,00
Dispositivi medici	€ 80.000,00
Spese per il personale – Borse di studio	€ 180.000,00
Spese varie (trasferte cancelleria attività di coordinamento)	€ 2.830,00
Totale	€ 692.830,00