



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° IX / 1479

Seduta del 30/03/2011

Presidente

ROBERTO FORMIGONI

Assessori regionali

ANDREA GIBELLI *Vice Presidente*

DANIELE BELOTTI

GIULIO BOSCAGLI

LUCIANO BRESCIANI

MASSIMO BUSCEMI

RAFFAELE CATTANEO

ROMANO COLOZZI

ALESSANDRO COLUCCI

GIULIO DE CAPITANI

ROMANO LA RUSSA

CARLO MACCARI

STEFANO MAULLU

MARCELLO RAIMONDI

MONICA RIZZI

GIOVANNI ROSSONI

DOMENICO ZAMBETTI

Con l'assistenza del Segretario Marco Pilloni

Su proposta dell'Assessore Luciano Bresciani

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2011 - II° PROVVEDIMENTO DI AGGIORNAMENTO IN AMBITO SANITARIO

Il Dirigente Luca Merlinò

Il Direttore Generale Carlo Lucchina

L'atto si compone di 26 pagine

di cui 22 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTA la seguente normativa nazionale:

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”*;
- il disegno di legge per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato triennio 2011-2013 (finanziaria 2011);

PRESO ATTO che, in data 3 dicembre 2009 - Rep. N. 243/CSR - la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha sancito l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul nuovo *“Patto per la Salute per gli anni 2010-2012”* in modo particolare il passaggio in cui è prevista *“una riduzione dello standard di posti letto, diretta a promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale”*;

VISTE le seguenti leggi regionali:

- 12 marzo 2008, n. 3 recante *“Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito Sociale e Socio-Sanitario”* e le successive modifiche ed integrazioni;
- 30 agosto 2008, n. 1 *“Legge Regionale Statutaria”* che nell'articolo 48 ha rafforzato la visione dell'Ente Regionale come *“insieme”* di enti, aziende, società, fondazioni cui affidare la responsabilità di attuare le politiche regionali;
- 30 dicembre 2009, n. 33 recante *“Testo Unico delle Leggi Regionali in materia di Sanità”* e successive modifiche e integrazioni;

RICHIAMATI i seguenti documenti di programmazione regionale, con particolare riferimento alla programmazione sanitaria:

- DCR n. IX/0056 del 28 settembre 2010 *“Programma Regionale di Sviluppo della IX Legislatura”*;
- DCR n. IX/0088 del 17 novembre 2010 *“Piano Socio-Sanitario Regionale 2010-2014”*;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RICHIAMATE altresì

- la DGR n. VIII/ 11086 del 27 gennaio 2010 *“Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010- 2012 (di concerto con l’Assessore Boscagli)”*;
- le Regole di Sistema per il Servizio Socio-Sanitario Regionale relative all'anno 2011 adottate con DGR n. IX/937 del 1 dicembre 2010 *“Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio-Sanitario Regionale per l’esercizio 2011 (di concerto con l’Assessore Boscagli)”*;

RITENUTO pertanto di integrare le *“Regole di Gestione del Servizio Socio-Sanitario Regionale per l’anno 2011”* definite dalla su citata DGR n. IX/937 e di approvare a tal fine i seguenti allegati, parti integranti del presente provvedimento:

- allegato 1, parte integrante del presente provvedimento, le indicazioni cliniche ed organizzative per lo svolgimento delle Attività di Cure sub-acute;
- allegato A, parte integrante del presente provvedimento i requisiti minimi, generali e specifici, autorizzativi e di accreditamento previsti per la attività stessa;
- allegato 2 *“Ulteriori indicazioni per l’implementazione del CReG “Chronic Related Group”* ;
- allegato 3 *“Macroattività ambulatoriali complesse e ad alta integrazione di risorse”*;

VALUTATE ed assunte come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

Per le motivazioni indicate in premessa e qui integralmente richiamate:

1. di integrare le *“Regole di Gestione del Servizio Socio-Sanitario Regionale per l’anno 2011”* definite dalla su citata DGR n. IX/937



Regione Lombardia

LA GIUNTA

2. di approvare a tal fine i seguenti allegati, parti integranti del presente provvedimento:
 - allegato 1, parte integrante del presente provvedimento, le indicazioni cliniche ed organizzative per lo svolgimento delle Attività di Cure sub-acute;
 - allegato A, parte integrante del presente provvedimento i requisiti minimi, generali e specifici, autorizzativi e di accreditamento previsti per la attività stessa;
 - allegato 2 “Ulteriori indicazioni per l’implementazione del CReG “Chronic Related Group” ;
 - allegato 3 “Macroattività ambulatoriali complesse e ad alta integrazione di risorse”;

3. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.L. e sul sito Internet della Direzione Generale Sanità

IL SEGRETARIO
MARCO PILLONI

Macroattività ambulatoriali complesse e ad alta integrazione di risorse

Considerato il D.P.R. 20 ottobre 1992 “**Atto di Indirizzo e Coordinamento alle Regioni per l'attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali**” in particolare le seguenti parti:

- In relazione alla sostanziale equivalenza delle attività prestate nei posti letto di assistenza ospedaliera diurna con le attività di ricovero ordinario e avuto riguardo alle connessioni esistenti tra i trattamenti praticati nei due regimi, le prestazioni specialistiche di diagnostica strumentale e di laboratorio e le somministrazioni di farmaci nell'assistenza ospedaliera diurna non sono soggette alla partecipazione alla spesa da parte dell'assistito. Nell'ambito dei cicli di cura programmati, possono essere concessi dall'ospedale anche eventuali farmaci che l'assistito debba assumere al proprio domicilio, ivi compresi quelli autorizzati per il solo uso ospedaliero
- Per l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del ricovero ordinario e che per loro natura o complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambito ambulatoriale, sono destinati dalle unità sanitarie locali, sulla base delle indicazioni fornite dalle regioni e province autonome, ambienti dedicati all'assistenza ospedaliera diurna
- Non possono rientrare nel regime di assistenza ospedaliera diurna le prestazioni di diagnostica strumentale che non facciano parte di un programma di interventi di tipo multiprofessionale e plurispecialistico da attuare nell'ambito di uno o più ricoveri programmati. Nel caso di erogazione di dette prestazioni nel regime di assistenza ospedaliera diurna senza che ne ricorrano le previste condizioni, si procede al recupero delle quote di partecipazione dovute dall'assistito in base alle vigenti norme sull'assistenza specialistica

Considerata la DGR VI/34766 del 20 febbraio 1998 “**direttive in ordine all'attività di day hospital e di day surgery**” in particolare le seguenti parti:

- Il day hospital ed il day surgery sono modelli organizzativi ed operativi attuati nell'ambito di strutture autorizzate all'esercizio di attività di ricovero e cura
- Si tratta di ricovero o cicli di ricovero programmato / i costituiti da accessi singoli o ripetuti.
- Fornisce prestazioni multi professionali e plurispecialistiche che non possono essere eseguite a livello ambulatoriale in quanto richiedono sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica protratta nell'arco della giornata

Considerata la DGR VIII/3111 del 01 agosto 2006 “**modifiche della erogabilità a carico del servizio sanitario regionale di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale ai sensi del d.p.c.m. 29 novembre 2001 sui lea. e ulteriori determinazioni relative all'appropriata erogazione delle prestazioni di day hospital ed alle attività di controllo**” in particolare le seguenti parti:

- di precisare che il day hospital “fornisce prestazioni multiprofessionali e plurispecialistiche che non possono essere eseguite a livello ambulatoriale in quanto richiedono sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica protratta nell'arco della giornata” e che quindi la sola integrazione nella stessa giornata di più procedure diagnostiche non è sufficiente ad indicare l'appropriatezza del day hospital ad indirizzo prevalentemente diagnostico e che lo stesso deve ritenersi appropriato solo nel caso in cui le condizioni cliniche del paziente e/o la complessità delle procedure rendano necessaria sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica protratta e continuativa nell'arco della giornata;
- che si debba optare per la modalità di erogazione ambulatoriale in mancanza del pieno rispetto di tutte le condizioni di appropriato utilizzo del day hospital stabilite dalla DGR VI/34766 del 20 febbraio 1998 e della condizione riguardante il dh prevalentemente diagnostico che viene modificata prevedendo che l'assistenza sia non solo protratta nell'arco della giornata ma anche contemporaneamente di tipo continuativo;

Considerata la DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009 “**determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2010**” in particolare l'**Allegato 9 “Requisiti autorizzativi della “macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale” e precisazioni in merito alla DGR VIII/9014/2009”** nelle seguenti parti:

- per alcune tipologie di attività è necessaria la permanenza in ospedale più in termini di necessità di osservazione e monitoraggio del decorso clinico e della efficacia del trattamento somministrato che in termini di assistenza ed erogazione di cure specifiche
- Per queste motivazioni ed anche al fine di promuovere ulteriormente la semplificazione e la flessibilità organizzativa di erogazione di alcune tipologie di attività chirurgica, nel pieno rispetto della sicurezza dei pazienti e degli operatori, si ritiene, nelle more di eventuali future determinazioni finalizzate ad individuare degli ulteriori requisiti di accreditamento, di individuare, all'allegato 10, i requisiti minimi autorizzativi di una nuova macroattività denominata “**Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale**”.
- L'attivazione di questa macroattività sarà possibile solo in contesto ospedaliero e sarà subordinata alla contemporanea presenza nell'assetto accreditato di attività di degenza ordinaria e/o di day surgery i cui posti letto potranno essere trasformati in rapporto 1 ad 1 in posti letto tecnici da destinarsi a queste nuove attività. Questi posti letto tecnici, pur essendo situati in un'area che dovrà assolvere i requisiti di cui all'allegato 10, non

saranno conteggiati tra i posti letto di tipo ordinario e di day surgery, così come già avviene per i posti tecnici di dialisi e per le culle del nido.

Evidenziato che:

- La modalità di erogazione diurna delle attività di ricovero e cura nasce, dal punto di vista normativo nazionale, più di 20 anni fa come uno strumento finalizzato a mantenere un buon livello di qualità ed efficacia delle cure coniugato con l'ottenimento di una riduzione dell'area di degenza ordinaria classica;
- coerentemente con i livelli strutturali ed organizzativi propri delle strutture ospedaliere degli anni '80, il day hospital nasce molto legato al concetto di posto letto equivalente che più che rispondere ad una reale necessità di gestione di elevate complessità cliniche ed assistenziali rappresentava il parametro di misura più immediato per verificare la reale trasformazione / riduzione di posti letto ordinari di ricovero;
- la continua "contrapposizione" e distinzione tra attività di ospedalizzazione diurna ed attività ambulatoriali trova spiegazione, parimenti a quanto detto nel punto precedente, con una concezione delle attività ambulatoriali per esterni molto limitata dal punto di vista organizzativo e di tipologia e complessità di prestazioni allora (si parla di metà degli anni '80) erogabili ambulatorialmente;
- L'evoluzione che hanno avuto, soprattutto in Regione Lombardia, il significato e le regole relativi alle attività di day hospital e di specialistica ambulatoriale hanno portato:
 - a "ridurre" le indicazioni clinicamente corrette ed organizzativamente appropriate per il day hospital, arrivando implicitamente, ma di fatto, a limitarlo a situazioni per cui, sia pure limitatamente al tempo di una sola giornata, è necessario "realmente" allettare i pazienti;
 - ad ampliare molto le potenzialità delle attività ambulatoriali anche in termini di complessa integrazione professionale, disciplinare, tecnologica e organizzativa arrivando ad individuare una specifica macroattività ambulatoriale complessa, chiaramente distinta, anche in termini di requisiti autorizzativi, dalle usuali attività di specialistica ambulatoriale

Ritenuto quindi che, sulla base delle premesse sopra esposte:

- in aggiunta ai vigenti requisiti autorizzativi e di accreditamento si stabiliscono i seguenti aspetti organizzativi e strutturali caratterizzanti le attività di day hospital:
- le attività di day hospital, pur essendo limitate al tempo massimo di una giornata, devono avere gli stessi requisiti organizzativi, in termini medici ed assistenziali, previsti per le attività afferenti alla medesima disciplina ed erogate in regime ordinario;

- devono prevedere il reale allettamento del paziente in camere che hanno gli stessi requisiti strutturali specifici delle attività afferenti alla medesima disciplina ed erogate in regime ordinario;
- devono prevedere un'assistenza prolungata e continuativa di personale medico ed infermieristico;
- il concetto di macroattività ambulatoriale di complessa integrazione professionale, disciplinare, tecnologica ed organizzativa deve essere esteso anche alle attività di tipo non chirurgico e per lo stesso, devono essere definiti con atto di Giunta, entro il mese di maggio p.v., degli specifici requisiti autorizzativi in modo da superare in termini medi regionali almeno l'80% dei posti letto di day hospital prevedendo delle specifiche aree dedicate per attività ambulatoriali complesse nelle quali siano anche disponibili, sulla base del tipo di casistica trattata, dei posti tecnici di appoggio per i pazienti, da non considerare ai fini del conteggio dell'indice di posti letto per 1.000 abitanti;
- per le attività ambulatoriali complesse sopra indicate dovranno essere definiti degli specifici pacchetti in una logica isorisorse rispetto a quanto oggi viene riservato per il finanziamento delle attività di day hospital che verranno superate;
- nella definizione dei requisiti autorizzativi delle predette macroattività ambulatoriali complesse e ad alta integrazione di risorse saranno coinvolte le società scientifiche e professionali più coinvolte in questa trasformazione (Oncologi, onco ematologi, internisti e fisiatri)

Allegato A dgr n. IX/..... del.....	
Requisiti minimi autorizzativi per le attività di Cure Sub Acute di cui alla DGR IX/937 del 1° dicembre 2010	
Requisiti Organizzativi Specifici	
OSCSAXX	L'assistenza medica nelle ore diurne è garantita per almeno 38 ore settimanali ogni 20 posti tecnici congruentemente con i programmi individuali di trattamento?
OSCSAXX	E' prevista la figura del coordinatore medico delle attività?
OSCSAXX	Il personale medico è in possesso di una delle specializzazioni di cui alla tabella A del DM 30 gennaio 1998 (area medica e delle specialità mediche) ad esclusione delle specializzazioni afferenti all'area materno infantile, alla psichiatria, alla neuropsichiatria infantile ed alla medicina dello sport ?
OSCSAXX	L'assistenza infermieristica nelle 24 ore (misurata in minuto/paziente/die) è di 160 min/paz/die?
OSCSAXX	E' garantita la presenza infermieristica nelle ore notturne?
OSDMB07	La dotazione organica del personale addetto è rapportato al volume delle attività?
Requisiti Strutturali Specifici	
SSCSAXX	È presente uno spazio per il deposito del materiale sporco?
SSCSAXX	È presente uno spazio per il deposito del materiale pulito?
SSCSAXX	È presente uno spazio per il deposito delle attrezzature?
SSCSAXX	E' presente uno spazio adibito a tisaneria?
SSCSAXX	Nella Cure Sub Acute è presente uno spazio, o almeno degli armadi, per il deposito dei farmaci e del materiale sterile?
SSCSAXX	È presente uno spogliatoio per il personale che accede alle cure sub acute?
SSCSAXX	È presente un defibrillatore?
SSCSAXX	È presente un carrello per la gestione delle emergenze?
SSCSAXX	È presente un pallone tipo Ambu per la respirazione assistita?
SSCSAXX	È presente un impianto per l'ossigeno (oppure una bombola di ossigeno) con relativo erogatore e flussimetro?
SSCSAXX	È dotata di impianto per il vuoto (ottenuto anche tramite aspiratore elettrico)?
SSCSAXX	I letti tecnici sono ubicati in locali strutturati in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero?
SSDMB06	Esiste almeno un servizio igienico ogni 4 posti tecnici?
SSDMB07	Esiste un locale per visita e medicazioni?
SSDMB08	Esiste un locale di lavoro per il personale di assistenza diretta?
SSDMB11	Esiste uno spazio adibito a soggiorno?
SSDMB16	Esistono servizi igienici per il personale, distinti da quelli per gli utenti?

SSDMB18	Esiste un bagno assistito?
SSDMB19	Esiste un impianto di illuminazione di emergenza?
SSDMB20	Esiste un impianto di forza motrice con almeno una presa di alimentazione normale?
SSDMB21	Esiste un impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa?
SSDMB24	Si dispone di un carrello per la gestione terapia?
SSDMB25	Si dispone di un carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico?
	Requisiti Organizzativi Generali
OGCOM07	Esiste una cartellonistica ed una segnaletica in grado di orientare l'utente all'interno della struttura e verso l'uscita?
OGCOM09	Esistono documenti per l'acquisizione del consenso informato?
OGFAR02	Nel caso in cui non esista il servizio di farmacia, la struttura è dotata di arredi e attrezzature per il deposito e la conservazione dei medicinali, dei presidi medico-chirurgici, del materiale di medicazione e degli altri materiali di competenza?
OGPAZ01	E' adottato un documento in cui siano esplicitati la missione, gli obiettivi e l'organizzazione interna della struttura?
OGPAZ02	La Direzione definisce annualmente il piano di lavoro, costituito da: a) la tipologia ed il volume di attività previste, b) il piano organizzativo?
OGPCG02	La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)?
OGPRO02	Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità?
OGPRO03a	Ogni unità organizzativa predispone una raccolta di regolamenti interni e linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo), informando il personale sull'esistenza di tali documenti, che devono essere facilmente accessibili?
OGPRO03b	Presso ogni unità organizzativa sono a disposizione protocolli organizzativi inerenti la conservazione, gestione dei farmaci, dei dispositivi medici, le procedure per il richiamo dei farmaci e dei dispositivi medici e prodotti diagnostici?
OGPRO05	Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente?
OGPRO07	Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori?
OGPRO08	Sono predisposti documenti riguardanti la pulizia e sanificazione degli ambienti?
OGPRO09	Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria?
OGPRO12	Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, protocolli organizzativi inerenti almeno due tra le seguenti procedure: a) la gestione delle emergenze e/o delle evenienze cliniche più frequenti e di maggior gravità; b) il prelievo, la conservazione, il trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento; c) lo smaltimento dei rifiuti; d) le istruzioni operative di disinfezione e sterilizzazione; e) la gestione dei farmaci?
OGPRO14	Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli inerenti le modalità di compilazione, di archiviazione, di conservazione e di rilascio della cartella clinica?
OGPVF02	Tutti i ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente?
OGPVF03	E' predisposto un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile?

OGPVF04	Sono normalizzate le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione?
OGPVF05	Esiste un protocollo di inserimento adottato per tutti gli operatori inseriti nella struttura nel periodo considerato?
OGRIC06	Il personale sanitario è in possesso dei requisiti richiesti per l'assunzione presso il Servizio Sanitario Nazionale (fatte salve le posizioni acquisite alla data del presente provvedimento)?
OGRIC17	I rapporti contrattuali tra professionisti sanitari e strutture sanitarie pubbliche o private sono improntati a criteri di appropriatezza, efficacia ed efficiente utilizzo delle risorse e non determinano, neppure in via indiretta, situazioni di conflitto di interesse, con riferimento ad aspetti sia economici che di beneficio per la progressione della qualifica e della carriera?
OGRIC18	Nelle strutture per cui la legge lo prevede, è applicato il Codice Etico Comportamentale previsto dal decreto legislativo 231/2001?
OGRIC23	Esiste un accordo formalizzato con una struttura di ricovero e cura dotata di PS, DEA o EAS per garantire nei tempi e nei modi appropriati il trattamento di eventuali complicanze e/o urgenze (di pertinenza nei casi in cui la struttura non è dotata di PS e/o di una U.O. Anestesia e Rianimazione)?
OGSIC04	Esiste l'atto di nomina o il contratto del medico competente?
OGSIC05	Esiste l'atto di nomina di un numero di soggetti adeguato alle caratteristiche della struttura, incaricati della prevenzione incendi, della lotta antincendio, dell'evacuazione e del piano di addestramento all'emergenza?
OGSIC06	Esiste l'atto di nomina dei rappresentanti, designati dai lavoratori, per la sicurezza?
OGTEC02	Esiste un inventario delle apparecchiature in dotazione?
OGTEC03	Esiste un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche, documentato per ciascuna apparecchiatura?
	Requisiti Strutturali Generali
SGTEC01	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antisismica?
SGTEC02	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antincendio?
SGTEC03	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione acustica?
SGTEC04	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza elettrica e continuità elettrica?
SGTEC05	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza anti-infortunistica?
SGTEC06	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di igiene dei luoghi di lavoro?
SGTEC07	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione dalle radiazioni ionizzanti?
SGTEC08	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di eliminazione delle barriere architettoniche?
SGTEC09	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di smaltimento dei rifiuti?
SGTEC10	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di condizioni microclimatiche?
SGTEC11	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di impianti di distribuzione dei gas?
SGTEC12	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di materiali esplosivi?

Attività di Cure subacute

Si tratta di una presa in carico, che avviene in un contesto di ricovero protetto, di pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica. E' quindi un trattamento, finalizzato ad ottenere specifici obiettivi sanitari, erogato senza soluzione di continuo dopo un ricovero acuto o in alternativa allo stesso, per trattare uno o più problemi clinici in fase attiva relativi a pazienti prevalentemente anziani ed affetti da patologie croniche. Nelle 5 ASL dove viene sperimentato il CReG (chronic related group) le strutture sub – acute si integrano con il percorso di presa in carico della cronicità e diventano un punto protetto di valutazione prioritario rispetto al PS o alla degenza ordinaria tradizionale in caso di subentranti necessità di ulteriori valutazioni cliniche dei pazienti arruolati. Nel caso in cui alle predette valutazioni cliniche non segua il ricovero dei pazienti viene riconosciuto un rimborso forfetario con un rimborso omnicomprensivo di 150 €.

Le attività subacute rappresentano una forma distinta di attività sanitaria che ha l'obiettivo di erogare le cure, professionalmente qualificate, necessarie a garantire, per alcune definite tipologie di pazienti, l'uscita dalla fase acuta del ricovero.

Le cure subacute possono essere effettuate o in una struttura indipendente rispetto alle strutture di ricovero e cura per acuti o in un'area organizzata ad hoc situata all'interno della struttura per acuti stessa.

Le cure subacute richiedono, per ogni paziente, la formulazione di un piano di trattamento che porti a conseguire degli specifici obiettivi realizzati da qualificati professionisti.

Le cure subacute non devono essere confuse con le attività socio – sanitarie rese a favore di pazienti non autosufficienti in condizioni di discreta stabilità clinica.

In considerazione delle ragioni e delle necessità sopra esposte le attività sub acute possono essere effettuate presso strutture accreditate di tipo sanitario.

Sono cure rivolte a persone che altrimenti prolungherebbero, senza necessità, la durata del ricovero ospedaliero o potrebbero essere ammesse inappropriatamente in ospedale.

Sono erogate sulla base di una valutazione multidimensionale con la predisposizione di un piano di assistenza individuale strutturato, che comprende: una valutazione clinica all'ingresso, che definisce durata, terapie, trattamenti ed individua i risultati attesi.

Sono orientate al recupero dell'indipendenza ed al rientro dei pazienti al loro domicilio.

La durata media della degenza in strutture per cure sub acute non dovrebbe essere inferiore ai 10/15 giorni e per ogni singolo paziente, al momento della accettazione, la degenza attesa, secondo il piano di assistenza individuale, non dovrebbe essere mai inferiore ai 7/10 giorni. La degenza ha comunque una durata limitata, non superiore ai 30/40 giorni. Alla fine del percorso terapeutico è prevista una valutazione dei risultati ottenuti anche in relazione agli attesi.

Le cure subacute sono considerate necessarie dal punto di vista medico per soggetti che rientrano nei seguenti criteri:

A) Criteri di arruolamento:

1. Il paziente non richiede le cure di un ospedale per acuti ma necessita ancora di assistenza qualificata e di terapie di media complessità
2. Il paziente ha delle necessità mediche più complesse di quelle che potrebbero essere gestite al domicilio
3. Anche se clinicamente stabile il paziente richiede ancora delle procedure diagnostiche o terapeutiche che non devono essere necessariamente eseguite in un ospedale per acuti
4. Il paziente ha in corso un preciso programma terapeutico

B) Le condizioni cliniche del paziente richiedono:

1. Coordinamento medico continuo con la necessità di un significativo numero di accessi del medico e dell'infermiere
2. Assistenza infermieristica
3. Sulla base delle necessità dei pazienti, l'eventuale supporto di servizi intermedi quali il laboratorio analisi e la radiodiagnostica
4. Un approccio multiprofessionale e multidisciplinare fortemente orientato al risultato

L'impiego dei servizi per le cure subacute è indirizzato quindi:

- a pazienti, prevalentemente anziani, dimissibili dall'ospedale ma non in condizioni di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio per la complessità del quadro clinico. In questo modo si riduce la durata della degenza, e si assicura al paziente l'assistenza in un ambiente protetto, per il periodo necessario.
- a pazienti, prevalentemente anziani e/o cronici caratterizzati da una tendenza alla instabilità clinica, che vengono segnalati dal medico curante in quanto le possibilità di assistenza domiciliare non offrono garanzie sufficienti in relazione alla situazione clinica del paziente ma che possono essere risolte con modalità diverse dal ricovero ospedaliero.

Criteri di accesso alle cure sub acute

I criteri di accesso sono così identificati:

- diagnosi accertata;
- prognosi definitiva;
- programma di trattamento individuale predisposto;
- consenso informato (solo se avviene il cambio dell' Ente di ricovero) del paziente che deve essere edotto sulla peculiarità delle cure sub-acute;
- processo di stabilizzazione non ancora consolidato dei parametri vitali;

- necessità di proseguire cure in fase sub-acuta con esigenza di stretto follow-up e completamento processo di guarigione o anche per una fase di instabilità clinica a carico di pazienti affetti da patologia cronica .

Criteria di sufficiente stabilizzazione clinica per il trasferimento in strutture di cure sub-acute

- Non necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per avvenuto superamento di instabilità cardio-circolatoria in assenza di farmaci in infusione continua, non crisi iper-ipotensive, non aritmie "minacciose" o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistoli polimorfe ripetitive)
- Respiro autonomo da > 48 ore (anche se con ossigenoterapia) con SaO₂ > 95%, PO₂ > 60 mmHg, CO₂ non > 45 mmHg. In pazienti con BPCO preesistente possono essere accettati valori di SaO₂> 90%. La presenza di cannula tracheotomica non costituisce controindicazione. I parametri elencati devono essere verificati in assenza di supporto respiratorio (ad esempio CPAP)
- Non insufficienza acuta d'organo (es. IRA o diabete scompensato) o multiorgano
- Assenza di stato settico, definito come: risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni:
 - o temperatura corporea > 38°C o < 36°C
 - o frequenza cardiaca > 90
 - o frequenza respiratoria > 20 atti/min o PCO₂ < 32mmHg
 - o globuli bianchi > 12.000/mm³, o < 4.000/mm³ o > 10% di cellule immature
- Superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7-10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per OS, SNG, PEG)
- Assenza di indicazioni prioritarie ad interventi chirurgici

Criteria di esclusione:

- decadimento cognitivo MMSE<17;
- pazienti oncologici terminali;
- pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia.

Scheda tipo per l'arruolamento del paziente nella struttura sub acuta

1) bisogno assistenza infermieristica Funzione cardiocircolatoria	2) bisogno assistenza infermieristica Funzione respiratoria
Senza aiuto / sorveglianza	1
Ferita/lesione	2

Lesione da pressione sede Stadio 1 – 2	3	Secrezioni abbondanti	3
Lesione da pressione sede Stadio 3 – 4	4	Tosse acuta / cronica	3
Lesioni da pressione (in più sedi)	4	Dispnea a riposo	3
Parametri <4 rilevazioni die	2	Parametri <4 rilevazioni die	2
Parametri >3 rilevazioni die	3	Parametri >3 rilevazioni die	3
Altro		Altro	
3) bisogno assistenza infermieristica Alimentazione ed idratazione		4) bisogno assistenza infermieristica Eliminazione	
Senza aiuto / sorveglianza	1	Senza aiuto / sorveglianza	1
Necessità di aiuto per Posizionamento nel letto e/o preparazione alimenti	2	Uso di padella / pappagallo	2
Difficoltà di masticazione	2	Necessità di essere accompagnato al WC	3
Prescrizione dietetica	2	Necessità di aiuto per gestire la stomia	3
Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3	Alvo stitico	3
Anoressia o bulimia	3	Incontinenza urinaria parziale	2
Nutrizione enterale	4	Incontinenza fecale o urinaria	3
Controllo peso	2	Incontinenza fecale e urinaria	4
Altro		Ritenzione urinaria	4
		Ceteterismo estemporaneo	2
		Ceteterismo a lunga permanenza	3
		Ceteterismo durante il ricovero	3
		Cateterismo ad intermittenza	4
		Controllo feci / urine	2
		Altro	
5) bisogno assistenza infermieristica Igiene ed abbigliamento		6) bisogno assistenza infermieristica Movimento	
Senza aiuto / sorveglianza	1	Senza aiuto / sorveglianza	1
Necessità aiuto per cura igienica parziale	2	Necessità aiuto per la deambulazione	2
Necessità di aiuto per vestirsi e spogliarsi	2	Necessità aiuto per	3
Necessità aiuto per igiene completa (bagno)	3	Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	
Totale dipendenza	4	Posizione obbligata per	3
Altro		Allettamento obbligato / movimenti attivi	3
		Immobilità nel letto	4
		Rischio da lesione da pressione medio / alto	4
		Presenza presidi antidecubito (specificare)	
		Utilizzo presidi per movimento in autonomia (specificare)	
		riabilitazione in corso Si No	
		Altro	
7) bisogno assistenza infermieristica Riposo e sonno		8) bisogno assistenza infermieristica Comunicazione	
Senza aiuto / sorveglianza	1	Senza aiuto / sorveglianza	1
Necessità di posizionamento	2	Necessità di acquisire informazioni quali _____	1
Sonno indotto con farmaci	2	Necessità di acquisire abilità quali _____	1
Disturbi del sonno con conseguente malessere: difficoltà ad addormentarsi / sonno interrotto / risveglio precoce	3	Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	3
Non riposa e non dorme con conseguente malessere	4	Stato costante di apatia e/o ansia e/o agitazione	3
Altro		Persona non responsiva	3
		Comunicazione gravemente alterata	4
		Aggressività / disorientamento	4
		Pianificazione dimissione con altre istituzioni	3
		Altro	
9) bisogno assistenza infermieristica Ambiente sicuro		10) bisogno assistenza infermieristica Procedure diagnostiche (PD) e terapeutiche	
Senza aiuto / sorveglianza	1	PD senza preparazione	1
Apparecchi medicali dal domicilio	2	PD con preparazione e/o allettamento < 12 h	2
Necessità di aiuto per gestire il suo confort	3	PD con preparazione e/o allettamento > 12 h	3
Non è in grado di utilizzare il sistema di chiamata	4	PD con preparazione in persona non autosufficiente	4
Rischio caduta medio – alto	4	Dolore moderato / forte con valutazione ripetuta	4
Uso di mezzi di protezione	4	Assenza di terapia	1
Altro		Terapia 1 / 2 volte die	2
		Terapia più di 2 volte die o chemioterapia orale	3
		Terapia infusione continua	4
		Trattamento infusivo con chemioterapici	4

	Medicazione 1 volta die	2
	Medicazioni in più sedi o più volte die	4
	Drenaggio con controlli	3
	Bilancio idrico	2
	Altro.....	

Indice intensità assistenziale	1	2	3	4	
Funzione cardiorespiratoria					
Respirazione					
Alimentazione ed idratazione					
Eliminazione urinaria ed intestinale					
Igiene ed abbigliamento					
Movimento					
Riposo e sonno					
Interazione nella comunicazione					
Ambiente sicuro					Indice Intensità Assistenziale Complessivo attribuibile
Procedure diagnostiche e terapeutiche					

Alcune definizioni operative

L'indice di intensità assistenziale (IIA) che si ottiene utilizzando la scheda, determina il grado di dipendenza del paziente:

Indice 1: la persona è autonoma nel soddisfacimento del bisogno. Intensità assistenziale bassa.

Indice 2: dipendenza minima della persona. Intensità assistenziale medio bassa

Indice 3: dipendenza elevata della persona. Intensità assistenziale medio alta

Indice 4: forte grado di dipendenza o dipendenza totale. Intensità assistenziale alta

Viene assegnato il valore per ogni bisogno assistenziale ed il valore assegnato con maggiore frequenza costituisce l'indice di intensità assistenziale. Nel caso vi sia un risultato di parità tra i valori attribuiti si assegna il valore più alto.

Gli indici che indicano un appropriato invio presso la struttura sub acuta sono gli indici 2 / 3 a cui corrispondono tariffe di 150 e di 190 euro rispettivamente.

I pazienti

Programmazione ed attivazione locale delle attività

Le strutture nelle quali saranno attivati questi posti tecnici sono strutture già accreditate di tipo sanitario preferenzialmente degli stabilimenti di ricovero e cura di tipo medio/piccolo non inseriti nella rete dell'emergenza urgenza nei quali siano presenti solo alcune specialità ospedaliere di base. Queste attività di natura sub – acuta infatti non devono essere effettuate in strutture che abbiano le caratteristiche strutturali e tecnologiche degli ospedali per acuti e non devono neppure diventare una copia in miniatura degli stessi. L'obiettivo è infatti quello di promuovere il livello più appropriato e meno costoso di cura per le tipologie di pazienti sopra descritte. A questo riguardo è assolutamente necessario che i protocolli di gestione dei pazienti presso queste strutture sub – acute, considerando la natura sanitaria delle stesse, prevedano la sola presa in carico di pazienti con problemi di tipo sanitario (residua instabilità clinica non gestibile al domicilio) e che non si cerchi di supplire con questo tipo di struttura a problematiche di natura familiare e sociale che comporterebbero una impropria ed inappropriata completa messa a carico del servizio sanitario nazionale delle problematiche di natura non sanitaria.

Le ASL in base ai contenuti già definiti all'allegato 15 della DGR 937/2010, considerato che la riduzione di posti letto nel rispetto del rapporto 70/30 pubblico/privato viene mediamente raggiunta con la riduzione del 80% dei posti letto di day hospital di tipo non chirurgico (vedi allegato 3), tenuto conto anche delle esigenze clinico epidemiologiche espresse nel territorio di competenza, della distribuzione dell'offerta complessiva di posti letto tra strutture di diritto pubblico e privato, delle strutture che più esprimono un fabbisogno di attività sub – acute e di quelle che, per via delle loro caratteristiche strutturali e del loro profilo di offerta, sono maggiormente idonee ad erogare in modo efficace ed efficiente attività di tipo sub – acuto, entro il numero massimo di posti individuato nel sopra citato allegato 15, propongono alla DG Sanità la distribuzione territoriale delle attività sub acute seguendo i seguenti criteri:

- valorizzare e stabilizzare i progetti già in atto in ambito simile;
- implementare nuove attività solo in strutture di tipo sanitario di ricovero e cura ordinario;
- prevedere che queste attività vengano svolte preferenzialmente in moduli di 20 posti tecnici;
- garantire il più possibile una distribuzione territoriale omogenea delle attività;
- privilegiare le attività che nascono dalla conversione di posti letto riabilitativi accreditati, a contratto e realmente attivati;
- nel caso in cui non vi siano posti letto riabilitativi da convertire le attività sub acute possono essere attivate presso strutture sanitarie di ricovero e cura già accreditate ed a contratto con il SSR, anche in incremento di posti letto a

condizione che un numero equivalente di posti letto accreditati ed a contratto vengono ridotti, pro quota, nelle strutture di ricovero e cura che utilizzano le attività sub acute di cui sopra.

- nel caso di richieste di attivazione di posti sub acuti superiori rispetto alle quantità indicate dalla Giunta Regionale le ASL, nel caso in cui vi sia una reale parità di condizioni rispetto ai criteri sopra elencati, procedono alla assegnazione delle attività sub acute utilizzando la modalità previste al punto 3 del deliberato della DGR VIII/2310 del 5.4.2006 così come declinate dal DDGS n.8466 del 21.7.2006.

In tema di accreditamento le ASL procedono a riclassificare le attività di ricovero e cura trasformate in attività sub-acuta verificando il possesso dei requisiti di cui all'allegato A e successivamente contrattualizzandone le attività.

Flusso informativo

L'attività deve essere rendicontata attraverso il flusso SDO utilizzando come codice reparto **"SA"**

Ulteriori indicazioni per l'implementazione del CReG "Chronic related group"

Premessa

La DGR IX/937 del 1° dicembre 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011" ha previsto di implementare sperimentalmente il CReG (Chronic Related Group) inteso come una innovativa modalità di presa in carico dei pazienti che, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse (CReG), deve garantire, senza soluzioni di continuo e cali di assistenza, tutti i servizi extraospedalieri (prevenzione secondaria, follow up, monitoraggio persistenza terapeutica, specialistica ambulatoriale, protesica, farmaceutica) necessari per una buona gestione clinico organizzativa delle patologie croniche. L'insieme di attività, servizi e prestazioni previsti nel pacchetto rappresentato dal CReG è specifico per patologia ed è finalizzato ad assicurare i livelli assistenziali previsti nei vari percorsi di cura. La DGR IX/1283 del 1° febbraio 2011 ha individuato gli ambiti territoriali di sperimentazione.

I contenuti e gli obiettivi

Riprendendo la citata DGR IX/937 del 1° dicembre 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011" si rileva che per dare "continuità individuale" al piano di cura è necessaria una "continuità di sistema" tra i vari soggetti della rete dei servizi a qualsiasi stadio della malattia intervengano. L'approccio integrato ed unitario realizzerebbe, tra l'altro, la piena attuazione dei livelli essenziali di assistenza nei suoi diversi ambiti (prevenzione, distrettuale, ospedaliero). Tradotta in termini di bisogno assistenziale, una stessa malattia cronica, a seconda delle fasi di progressione, può richiedere alcune semplici informazioni circa il miglioramento del proprio stile di vita, la somministrazione di una semplice terapia orale, controlli periodici, l'ospedalizzazione o, sotto varie forme, il percorso clinico domiciliare integrato. Ciò significa che quando emerge un bisogno di natura sanitaria il primo compito è quello di rispondervi in una prospettiva che è quella del percorso del paziente, senza sentirsi a priori legati ad un modello predefinito di intervento e a degli attori che lo realizzino in esclusiva.

La gestione della fase cronica delle patologie richiede cultura, mezzi e strumenti diversi. L'inquadramento clinico in molti casi è estremamente semplice. Non sono richiesti immediatezza diagnostica e terapeutica. A ciò si aggiunga che nel paziente cronico il lavoro è di tipo "clinico" ma è caratterizzato anche da aspetti

epidemiologici, gestionali ed organizzativi, necessari per effettuare attività di stadiazione, monitoraggio e controllo dell'evolversi della malattia secondo logiche di processo. L'evoluzione di molte malattie croniche è spesso lenta, seguendo in modo lineare l'invecchiamento della persona. Per la gran parte del decorso, anche pluridecennale, di molte malattie croniche la patologia non sempre procede attraverso fasi improvvise di riacutizzazione o scompenso ed è proprio questa caratteristica di prevedibilità e di programmabilità di percorso che richiede di mettere in campo energie, non solo di tipo diagnostico terapeutico ma anche organizzative ed integrative tra i vari servizi di carattere sanitario necessari per i pazienti.

I PILASTRI TECNOLOGICI

Banca Dati Assistito.

Il primo riguarda la capacità dei nostri sistemi informativi di identificazione e stadiazione della malattia cronica.

Attualmente è in uso in tutte le ASL la cosiddetta BDA (banca dati assistito) grazie a cui è possibile individuare e classificare tutti i soggetti affetti da patologie croniche. Questo tipo di classificazione, fortemente improntato alla logica epidemiologica, non è spesso in grado di distinguere le diverse fasi evolutive di una stessa malattia, soprattutto relativamente alle diverse necessità di prestazioni e di servizi.

Questa è la ragione per cui la DG Sanità, in collaborazione con le ASL sito di sperimentazione, sta rivalutando e modificando gli attuali criteri di identificazione delle classi BDA proprio per renderli più pertinenti alle diverse fasi e necessità di cura e di assistenza della cronicità. I criteri per individuare i pazienti da reclutare nel CReG saranno gli stessi in tutte le ASL sito di sperimentazione e saranno esplicitati con uno specifico atto della DG Sanità entro il 31 marzo 2011.

PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) e linee guida

Rappresentano il secondo pilastro tecnologico in quanto servono ad identificare gli appropriati contenuti clinici e di correlati bisogni di cura di ogni cronicità. Rappresentano, dei tre, l'elemento maggiormente sviluppato nella nostra regione. Non mancano infatti documenti, anche regionali, formalizzati e condivisi per le principali patologie croniche (ipertensione, diabete, BPCO, etc.). In questo caso il

lavoro previsto è di riordino e di aggiornamento dei documenti di consenso già prodotti. Lo sviluppo di linee guida e di percorsi di cure è fondamentale per reclutare i pazienti, per monitorare l'adesione ai percorsi e per implementare il sistema dei controlli.

Criterio di remunerazione del servizio

La logica che guida la definizione del rimborso è molto simile a quella che viene utilizzata per classificare e pagare le attività erogate in acuzie (DRG). Ad ogni raggruppamento omogeneo di patologia o pluripatologia è assegnata una tariffa che comprende i consumi per le componenti: ambulatoriale, farmaceutica, ossigeno, protesica minore.

Nella tariffa sono ricompresi: la compilazione dei piani terapeutici assistenziali, il debito informativo, il rilascio dell'esenzione per patologia, l'attività ambulatoriale, il follow up, la fornitura dei presidi e protesi a domicilio, farmaci in WEB o a domicilio, gli eventuali trasporti (dializzati). Sono esclusi dalla tariffa i ricoveri per acuti, sub – acuti, quelli in riabilitazione e le quote attuali di finanziamento dei MMG.

I tre elementi di base di cui sopra rappresentano i pilastri tecnologici indispensabili su cui costruire la nuova piattaforma organizzativa.

Punti di attenzione per la attuazione del CReG

- L'aspetto cardine del progetto, il vero aspetto innovativo del CReG, è rappresentato dalla individuazione del "soggetto" che garantisce la continuità del percorso e della presa in carico dei pazienti, interagendo con tutti gli attori coinvolti nella gestione della patologia e garantendo le necessarie competenze di tipo amministrativo, organizzativo e gestionale.
- Devono essere chiaramente definiti i percorsi di riferimento relativi alle patologie coinvolte nei piani CReG ed è indispensabile che per ciascuno degli attori coinvolti siano ben chiare le responsabilità e le competenze ai fini della attuazione del CReG. Tutti gli attori dovranno sottoscrivere una formale adesione ed accettazione dei protocolli e delle regole individuati a livello della ASL competente.
- Devono essere ben definite le modalità di arruolamento dei pazienti, prevedendo anche per loro un consenso alla partecipazione al progetto, e devono anche essere ben definiti i criteri clinici di inclusione ed esclusione (ad esempio l'insorgenza di altra patologia decisamente fuori percorso quale potrebbe essere una Insufficienza Renale Cronica con necessità di dialisi od una

patologia oncologica con subentranti terapie chemioterapiche e/o radioterapiche).

- Devono essere ben definite le necessità informative, la loro modalità di utilizzo e di diffusione, con finalità di monitoraggio e di valutazione, ai soggetti attori del progetto CReG.
- E' indispensabile la definizione dei flussi finanziari ed amministrativi ed è opportuno che la ASL continui a remunerare direttamente i diversi erogatori dei servizi (specialistica ambulatoriale, farmaceutica, protesica, ossigeno, Etc) e che successivamente fatturi i relativi corrispettivi al soggetto al quale sarà attribuita la gestione ed il coordinamento del CReG.
- Devono essere individuati dei precisi indicatori di esito e di processo.
- E' opportuno prevedere, legandoli al raggiungimento degli obiettivi stabiliti, degli incentivi e dei disincentivi anche di tipo economico.

L'Organizzazione

Individuazione dei pazienti

In prima applicazione del CReG le patologie individuate saranno: Broncopneumopatie Cronico Ostruttive (BPCO), Scompenso Cardiaco, Diabete di tipo I e tipo II, Ipertensione e cardiopatia ischemica, Osteoporosi e le Patologie neuromuscolari a maggiore livello di disabilità. Si conferma che l'area territoriale minima di applicazione dovrebbe essere rappresentata dal distretto. E' infatti indispensabile avere un numero di pazienti sufficiente per ridurre al minimo la variabilità di consumi osservati rispetto a quelli attesi che saranno la base per definire l'ammontare economico del cosiddetto CReG. Preferenzialmente i pazienti reclutati devono essere assistiti da un medico di medicina generale che faccia parte di forme associative di gruppo e di rete.

Attori ed assegnazione delle risorse

Le risorse da assegnare per la presa in carico dei pazienti affetti dalle patologie croniche sopra indicate saranno individuate, effettuando delle opportune elaborazioni a partire dalla BDA del 2009, dalla DG Sanità in collaborazione con le ASL nelle quali viene sviluppato il progetto del CReG. L'ammontare delle risorse e le modulazioni tariffarie così stabiliti ed approvati con specifico atto della DG Sanità entro l'11 aprile 2011, verrà assegnato a quei soggetti, individuati e governati dalla ASL (ad esempio: Medici di Medicina Generale, ONLUS,

Fondazioni, Aziende Ospedaliere, Strutture sanitarie accreditate e a contratto sia intra che extraospedaliere ecc.), che si faranno carico di garantire, previa sottoscrizione di specifico accordo con la ASL stessa, la piena adesione dei pazienti reclutati al percorso del CReG.

Gli attori coinvolti dalla ASL in questo processo opereranno nell'ottica prevalente di assicurare la continuità di cura. Non è richiesto che i soggetti eroghino direttamente le prestazioni previste dal piano individuale ma sono comunque responsabili che le stesse siano effettuate secondo le modalità qualitative e quantitative previste. In questo caso la ASL contratterà direttamente con gli erogatori le prestazioni necessarie. Nessun vincolo deve essere posto alla libera scelta del cittadino.

I soggetti selezionati e coordinati dalla ASL operano in modo tra loro sussidiario. Il ruolo della ASL è quello di facilitare l'incontro tra domanda ed offerta e di monitorare, valutare e perseguire l'appropriatezza dei percorsi clinici ed assistenziali.

Alla ASL è lasciato ampio margine per sperimentare le modalità tecnologiche ed organizzative più consone al perseguimento dell'obiettivo (call center, telemedicina, carte della salute, etc.).

I pazienti continueranno a fruire degli stessi servizi in atto e del MMG di loro fiducia. Solo nel caso di discontinuità di cura o inappropriatezza evidente del percorso di cura, rilevato dal soggetto gestore del CReG, è previsto l'intervento diretto da parte dello stesso che potrà essere esercitato in più modi: direttamente rivolgendosi al paziente, al MMG o alla struttura accreditata di erogazione delle prestazioni. La ASL esercita comunque una funzione di monitoraggio. In questo ultimo caso l'anomalia sarà comunicata al distretto che, attraverso i canali tradizionali, provvederà ad intervenire.

Contratto

Il contratto / patto è formulato dalla ASL é condiviso dai soggetti gestori del CReG e deve comprendere:

- gli elementi caratterizzanti la centralità dell'assistito;
- l'elenco degli assistiti a cui assicurare la continuità di cura;
- la valutazione iniziale dei bisogni attesi;
- le modalità di coinvolgimento e di collaborazione con le cure primarie, l'area specialistica ed il livello ospedaliero;
- i percorsi e gli obiettivi da raggiungere (chiari, realistici e misurabili);

- i meccanismi di premialità in caso di pieno raggiungimento degli obiettivi (ad esempio contenimento dei ricoveri ripetuti per scompenso e diabete);
- i meccanismi di penalizzazione; ad esempio riduzione dei pagamenti nel caso di incremento di ricoveri ripetuti per scompenso e diabete;
- la modalità di trasmissione delle informazioni;
- le modalità di pagamento;
- le modalità attuative dei controlli.

Rendicontazione delle attività rese

In analogia a quanto avviene per la remunerazione delle attività per acuti è necessario che ogni percorso attuato sia adeguatamente rendicontato attraverso modalità formali. Alla ASL dovranno essere comunicati, per ogni singolo soggetto, il tracciato record degli eventi formalmente rappresentati attraverso una di Scheda di Percorso Territoriale (SPT), in analogia a quanto avviene per i ricoveri ospedalieri con la SDO. La SPT può anche essere eventualmente surrogata dal patient file o dal FSE (fascicolo sanitario elettronico).

Attività di controllo

Sono in carico alla ASL che definisce nel contratto le modalità di esecuzione e la numerosità dei percorsi da controllare.

Elementi e requisiti di servizio per i CReG

Le ASL, nel rispetto della normativa vigente al riguardo, individuano il soggetto gestore del CReG esclusivamente in base al criterio di qualità del servizio (il valore economico del CReG viene individuato dalla DG Sanità mediante la metodologia sopra descritta) valutando in via prioritaria il pieno assolvimento dei seguenti requisiti e verificando in prima istanza la disponibilità ad esercitare questo ruolo da parte dei Medici di Medicina Generale che avranno 30 giorni di tempo, a decorrere dalla comunicazione della ASL competente, per dare la propria adesione

Requisiti organizzativi e Funzionali per i soggetti gestori del CReG (integratori e garanti del percorso).

- È previsto un unico gestore che coordini l'erogazione di tutte le prestazioni sanitarie individuate nel PDT o profilo di cura; le stesse saranno registrate in un EPR (electronic patient record), compatibile con il SISS, che dovrà essere aggiornato e reso accessibile agli attori individuati.
- È previsto un centro servizi [almeno h12 (8-20)/365 giorni], adeguato dal punto di vista tecnologico in termini qualitativi e quantitativi, con modalità codificate di gestione dei documenti comprovanti le attività sanitarie, coerenti con protocolli condivisi e conosciuti da tutti gli operatori.
- Il personale operante presso la centrale è di profilo tecnico – sanitario, dedicato, professionalmente qualificato, formato nei rapporti con gli assistiti, con aggiornamenti professionali annuali certificati.
- È necessario individuare una figura professionale responsabile del governo clinico complessivo delle attività (coordinatore medico).
- In relazione alla complessità ed al bisogno del paziente il provider dovrà garantire la disponibilità di un responsabile (case – manager) del caso clinico.
- Garanzia dell'eventuale fornitura, consegna, installazione, messa in opera, manutenzione e ritiro delle apparecchiature al domicilio del paziente, coerenti con i profili di cura relativi alla patologia.
- Esistenza di protocolli per l'installazione al domicilio di strumentazioni che preveda anche adeguata istruzione al paziente ed ai familiari.
- La fornitura ed il supporto di altri servizi associati quali la formazione.
- La raccolta, l'elaborazione, l'analisi, la trasmissione, il rendere disponibile del dataset concordato e dei dati rilevanti che includono gli allarmi e la gestione degli allarmi verso il punto di contatto.
- Lo sviluppo e l'implementazione delle interfacce di accesso ai sistemi.
- La fornitura di un servizio di triage sia clinico che tecnico.
- La fornitura di un servizio per la compliance farmacologica e la personalizzazione del farmaco.
- Il supporto per la valutazione continua della qualità del servizio, coerente con gli indicatori di processo individuati.
- Sistema di raccolta ed elaborazione di documentazione informativa, questionari per la customer satisfaction, reclami ed interviste ai pazienti.

- Protocolli di intesa/convenzione con gli attori del sistema coinvolti nella implementazione del CReG.

Requisiti organizzativi generali del centro servizi

Il centro servizi di cui è dotato il provider deve garantire ed operare secondo tre requisiti fondamentali:

- Garantire la first e second opinion multi specialistica legata alle evenienze cliniche o emergenze del percorso di cura descritto nel PDT.
- Sviluppo e gestione di sistemi informatici disegnati per garantire il funzionamento e la fruizione per i servizi di gestione del paziente cronico.
- Responsabile dell'acquisizione e la valutazione dei biosegnali generati durante ogni fase del percorso e la gestione dei farmaci.