#### VIII CONGRESSO CONGIUNTO SOCIETA' LOMBARDA DI CHIRURGIA E ACOI LOMBARDIA I CONGRESSO DELLA COMUNITA' DEI CHIRURGHI LOMBARDI

## "I nuovi standard tecnologici e organizzativi dell'assistenza chirurgica"

Milano, 9 settembre 2016

Presidenti: Diego Foschi, Ildo Scandroglio

Sede:

AULA MAGNA PADIGLIONE LITA. ASST FBF-SACCO, MILANO

## **PROGRAMMA**

8.30-9.00 Registrazione dei partecipanti

8.45 Saluti di benvenuto ACOI Lombardia e SLC

Dr. P. Carzaniga , Dr. G.Sgroi

# I Sessione " Il Decreto Ministeriale 70"

9.00 "Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza sanitaria in Lombardia"

**G. Daverio** (Direzione Generale Sanità Regione Lombardia)

## 9.20 Tavola rotonda

"La ricaduta del DM 70 sull'assistenza chirurgica in Lombardia e il suo impatto nel contesto della riforma regionale "

Presidente *P.Dionigi* (Pv)

Moderatori *M.Martinotti* (Cr), *N.Portolani* (Bs)

Partecipanti: A.Visconti (Mi), M.Moreno (Mi), G.Pisano (Cr), L.Novellino (Bg),

P.G. Danelli (Mi)

Discussione con interventi preordinati dalla sala

# II Sessione " Le reti di patologia "

11.00 "Le reti di patologia: la ROL e la nascita delle breast unit. "

M.Bersani (Direzione Generale Sanità Regione Lombardia).

## 11.20 Tavola rotonda

"E' utile applicare il modello "breast Unit "ad altri ambiti?"

Presidente *L.De Carlis* (Mi)

Moderatori *P.Capretti* (Co), *V.Mazzaferro* (Mi)

Partecipanti: L.Bonavina (Mi), E.Cocozza (Va), M. Colledan (Bg), U.Fumagalli (Bs),

E.Leo (Mi), S.Olmi (Bg), A.Zerbi (Mi)

Discussione con interventi preordinati dalla sala

## VIII CONGRESSO CONGIUNTO SOCIETA' LOMBARDA DI CHIRURGIA E ACOI LOMBARDIA I CONGRESSO DELLA COMUNITA' DEI CHIRURGHI LOMBARDI

## "I nuovi standard tecnologici e organizzativi dell'assistenza chirurgica" Milano, 9 settembre 2016

Presidenti: Diego Foschi, Ildo Scandroglio

Sede:

AULA MAGNA PADIGLIONE LITA. ASST FBF-SACCO, MILANO

## 13.00 Lettura

"Gli studi oncologici in colo-proctologia della Cominità dei Chirurghi Lombardi e il loro impatto sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria " **B. Andreoni** (Mi)

13.20-14.00 Light Lunch

## **III Sessione**

## "L'accreditamento delle Unità Operative Complesse di Chirurgia Generale"

## 14.00 Tavola rotonda

"La programmazione territoriale, lo sviluppo delle carriere e il ruolo delle aziende multi presidio"

Presidenti *F.Corcione* (Na), *D.Piazza* (Ct) Moderatori *P.Marini* (Roma), *M. Montorsi* (Mi)

Partecipanti: *M. Agnello* (Direzione Generale Sanità Lombardia), *P.Carzaniga* (Lc), *M. Longoni* (Mi), *G.Sgroi* (Bg), *E.Opocher* (Mi), *P.Pellicciari* (Mi)

Discussione con interventi preordinati dalla sala

16.00 Assemblea Amministrativa SLC e proclamazione nuove cariche sociali

16.30 Termine lavori

## MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 2 aprile 2015, n. 70

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (15G00084)

(GU n.127 del 4-6-2015)

Vigente al: 19-6-2015

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i

rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Vista la sentenza della Corte costituzionale n. 134 del 2006, che ha dichiarato l'illegittimita' costituzionale dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato "sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano", anziche' "previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano";

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed in particolare l'articolo 15, comma 13, lettera c), il quale dispone che, sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, nonche' tenendo conto della mobilita' interregionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, secondo i parametri indicati dal medesimo articolo 15, comma 13, lettera c);

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1998, n. 400, e successive modificazioni;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attivita' sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni, che definisce i Livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio sanitario nazionale;

Ritenuto necessario, per le finalita' sopra individuate, anche al fine di garantire la tutela della salute, di cui all'articolo 32 della Costituzione, procedere alla definizione, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera;

Dato atto che il Ministero della salute si e' avvalso, ai fini della redazione del documento tecnico, di cui all'allegato 1 al

presente regolamento, della collaborazione della Commissione di cui all'articolo 4-bis, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, istituita con decreto del Ministro della salute 12 settembre 2012, e che la Commissione medesima ha discusso la tematica in questione nelle sedute del 2 e del 9 ottobre 2012;

Acquisita l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 5 agosto 2014;

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 15 gennaio 2015 che fa seguito al parere interlocutorio del 23 ottobre 2014;

Vista la nota prot. n. 919 del 9 febbraio 2015, con la quale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, lo schema di regolamento e' stato comunicato alla Presidenza del Consiglio dei ministri;

Adotta

il seguente regolamento:

Art. 1

Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

- 1. Gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza ospedaliera sono individuati nell'Allegato 1 che costituisce parte integrante del presente decreto.
- 2. Le regioni provvedono, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, ad adottare il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, nonche' i relativi provvedimenti attuativi, garantendo, entro il triennio di attuazione del patto per la salute 2014-2016, il progressivo adeguamento agli standard di cui al presente decreto, in coerenza con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale (SSN) e nell'ambito della propria autonomia organizzativa nell'erogazione

delle prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni.

5/6/2015

- 3. Ai fini del calcolo della dotazione dei posti letti di cui al comma 2, in ciascuna regione:
- a) si fa riferimento alla popolazione residente in base ai criteri utilizzati per il computo del costo standard per il macro-livello di assistenza ospedaliera ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario standard regionale di cui all'articolo 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68;
- b) il numero dei posti letto per mille abitanti, calcolato in base alla lettera a), e' incrementato o decrementato nel modo che segue per tenere conto della mobilita' tra regioni:
- 1. si calcola il costo medio per posto letto a livello nazionale, dividendo il costo complessivo nazionale dell'assistenza ospedaliera, contabilizzato nel modello economico LA consolidato regionale relativo all'anno 2012, per il numero dei posti letto effettivi che risultino attivi nei reparti ospedalieri al 1º gennaio 2013 e rilevati nei modelli utilizzati per la verifica annuale dal Comitato di cui all'articolo 9 dell'Intesa sancita il 23 marzo 2005 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;
- 2. si divide il costo medio del posto letto a livello nazionale per il valore finanziario del saldo di mobilita' attiva e passiva riferito al flusso dei ricoveri di ciascuna regione, come riportato nella matrice della mobilita' utilizzata per la determinazione del fabbisogno sanitario regionale per l'ultimo anno disponibile al fine di individuare il numero dei posti letto equivalenti utilizzati per la mobilita' dei pazienti tra le regioni;
- 3. il numero di posti letto equivalenti viene moltiplicato per un coefficiente di 0,80, ridotto a 0,65 a decorrere dall'anno 2016;
- 4. l'allineamento alla dotazione attesa, nelle regioni in piano di rientro, avverra' progressivamente entro il triennio di attuazione del patto per la salute 2014-2016, nei tempi e con le modalita' definite nei vigenti programmi operativi 2013-2015 ovvero nei piani di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento del Servizio sanitario regionale, cosi' come ridefiniti ai sensi dell'articolo 12 del nuovo patto per la salute 2014-2016;
- c) sono considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri e, conseguentemente, rientranti nelle relativa dotazione, per mille abitanti, i posti di residenzialita' presso strutture sanitarie territoriali, comunque classificate e denominate, per i quali le regioni coprono un costo giornaliero a carico del Servizio sanitario regionale pari o superiore ad un valore soglia pari alla tariffa

regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera, ad eccezione dei posti presso: le strutture sanitarie con specifica finalita' assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 per le cure palliative e la terapia del dolore, le strutture sanitarie territoriali per la salute mentale, le strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (repertorio 30/CSR-2011), nonche' le strutture sanitarie residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU-2011). A tal fine le regioni certificano, con riferimento ai posti di residenzialita' presso strutture sanitarie territoriali, il numero dei posti con costo giornaliero inferiore al valore soglia, il numero di quelli con costo giornaliero superiore al valore soglia, il numero di quelli con specifica finalita' assistenziale come definita dalla presente lettera;

- d) con successivo provvedimento programmatico regionale saranno adottate disposizioni dirette ad assicurare, nell'ulteriore processo di riassetto delle reti ospedaliere, il raggiungimento di 3,7 posti letto per mille abitanti in ciascuna regione, fermo restando il rispetto di tale parametro a livello nazionale.
- 4. In relazione al numero dei posti letto per mille abitanti, calcolato in base alle previsioni del comma 3, l'allineamento e' realizzato e diventa vincolante in incremento, solo se necessario al fine di realizzare l'obiettivo di rispettare il tasso di ospedalizzazione del 160/1000 abitanti.
- 5. Il provvedimento regionale generale di cui al comma 2 e' adottato in modo da:
- a) procedere alla classificazione delle strutture ospedaliere in base a quanto previsto dal paragrafo 2 dell'Allegato 1, prevedendo, per le strutture ospedaliere private, la soglia indicata nel punto 2.5 del medesimo paragrafo, ai fini dell'accreditabilita' e della sottoscrivibilita' degli accordi contrattuali annuali;
- b) adottare, nell'ambito delle procedure di accreditamento, le opportune iniziative affinche' gli erogatori privati accreditati, ivi compresi gli ospedali classificati ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132 e della legge 26 novembre 1973, n. 817, trasmettano alla regione stessa, annualmente, il proprio bilancio, redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici. Tale adempimento e' previsto negli accordi contrattuali e nei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.

502, e successive modificazioni il quale dispone che, tra i requisiti di accreditamento sia ricompresa, altresi', l'applicazione delle norme di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231;

- c) perseguire gli standard per disciplina indicati nel paragrafo 3 dell'Allegato 1, tenendo conto di eventuali specificita' del territorio regionale, documentate sulla base di criteri epidemiologici e di accessibilita' attraverso compensazioni tra discipline e fatto salvo quanto previsto dai protocolli d'intesa universita-regione limitatamente alle regioni che, avendo una popolazione inferiore ai due milioni di abitanti, ospitano una sola azienda ospedaliero-universitaria, alla data di emanazione del presente decreto, fermo restando il rispetto dello standard di dotazione dei posti letto di cui ai commi 2 e 3;
- d) assumere come riferimento quanto indicato nel paragrafo 4 dell'Allegato 1, in materia di rapporto tra volumi di attivita', esiti delle cure e numerosita' delle strutture, anche sotto il profilo della qualita' e della gestione del rischio clinico, provvedendo, altresi', ad assicurare modalita' di integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello di intensita' di cure al fine di assicurare la maggior flessibilita' organizzativa nella gestione dei posti letto rispetto alla domanda appropriata di ricovero e dando specifica rilevanza per le necessita' provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza;
- e) applicare gli standard generali di qualita' di cui al paragrafo 5 dell'Allegato 1;
- f) applicare gli standard di cui al paragrafo 6.3 dell'Allegato 1, tenendo presenti le indicazioni contenute nel decreto-legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189;
- g) tener conto degli ulteriori standard indicati nei paragrafi 6 e 7 dell'Allegato 1 in materia di standard organizzativi, strutturali e tecnologici e di standard per le alte specialita';
- h) assicurare forme di centralizzazione di livello sovra-aziendale per alcune attivita' caratterizzate da economia di scala e da diretto rapporto volumi/qualita' dei servizi, tra le quali alcune specifiche linee di attivita' del sistema trasfusionale, come previsto dall'Accordo Stato-regioni del 25 luglio 2012;
- i) articolare la rete ospedaliera prevedendo reti per patologia in base a quanto indicato nel paragrafo 8 dell'Allegato 1; adottare il modello denominato hub and spoke, previsto espressamente per le reti per le quali risulta piu' appropriato, ovvero altre forme di coordinamento e di integrazione professionale su base non gerarchica;
  - 1) adeguare la rete dell'emergenza urgenza alle indicazioni

contenute nel paragrafo 9 dell'Allegato 1, anche prevedendo specifiche misure per assicurare la disponibilita' di posti letto di ricovero nelle situazioni ordinarie e in quelle in cui sono prevedibili picchi di accesso, comunque nel rispetto degli standard di cui al comma 2;

- m) definire un documento che, tenendo conto di quanto riportato nel paragrafo 10 dell'Allegato 1, individua le regole di integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a: ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati;
- n) assumere come riferimento, nelle more dell'adozione di uno specifico accordo da sancire in sede di Conferenza tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, quanto indicato in materia di strutture per la chirurgia ambulatoriale nell'Appendice 2 dell'Allegato 1.

Art. 2

#### Clausola di invarianza finanziaria

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attuano il presente decreto senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale.

Art. 3

#### Regioni a statuto speciale e province autonome

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano il presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione e, per le regioni e le province autonome, che provvedono autonomamente al finanziamento del Servizio sanitario regionale esclusivamente con fondi del proprio bilancio, compatibilmente con le peculiarita' demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della loro autonomia organizzativa.

Il presente decreto munito del sigillo dello Stato, sara' inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare.

Roma, 2 aprile 2015

### Il Ministro della salute Lorenzin

Il Ministro dell'economia e delle finanze Padoan

Visto, il Guardasigilli: Orlando

Registrato alla Corte dei conti il 5 maggio 2015 Ufficio di controllo sugli atti del MIUR, MIBAC, Min. salute e Min. lavoro, reg. n. 1827

Allegato 1

## 1. Premessa, obiettivi ed ambiti di applicazione

1.1. I significativi cambiamenti registrati in questi anni in tema di assistenza sanitaria ed in particolare in quella ospedaliera richiedono un sostanziale ammodernamento del Servizio sanitario nazionale (SSN), partendo da alcune tematiche prioritarie, come l'implementazione del governo clinico e la sicurezza delle cure, la ricerca e l'innovazione, nonche' gli impegni che discendono dall'appartenenza alla comunita' europea, anche a seguito dell'adozione della Direttiva mobilita' EU/24/2011 sulla transfrontaliera e la necessaria riorganizzazione della rete ospedaliera in base a standard di dotazione strutturale e tecnologica, bacino di utenza, complessita' delle prestazioni erogate.

Tutte le strutture sanitarie che concorrono a garantire gli obiettivi assistenziali debbono operare secondo il principio della efficacia, qualita' e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralita' del paziente e dell'umanizzazione delle cure, nel rispetto della dignita' della persona. Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio e una piu' adeguata attenzione alle cure graduate costituiscono oggi gli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari piu' avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni - epidemiologica, demografica e sociale - che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni. Un tale cambiamento strutturale e organizzativo determina una inevitabile ridistribuzione delle risorse che puo' essere

oggettivamente ed equamente effettuata attraverso la valutazione dei volumi e della strategicita' delle prestazioni, delle performance e degli esiti clinici.

1.2. In tal senso l'art.15, comma 13, lettera c) del d.l. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 135/2012 ha previsto la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, al fine di rendere la rete ospedaliera in grado di rispondere in maniera adeguata ai nuovi bisogni e alle nuove modalita' del loro estrinsecarsi.

In questa logica, per promuovere la qualita' dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, implementando forme alternative al ricovero, quando le stesse rispondano piu' efficacemente ai bisogni di una popolazione anziana e/o non autosufficiente, gli obiettivi di razionalizzazione devono riguardare prioritariamente quei servizi e quelle prestazioni che maggiormente incidono sulla qualita' dell'assistenza sia in termini di efficacia che di efficienza. La conseguente riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media ed del tasso di ospedalizzazione, consentira' che gli attesi incrementi di produttivita' si possano tradurre in un netto miglioramento del S.S.N. nel suo complesso, nel rispetto delle risorse programmate.

Il raggiungimento di tali obiettivi richiede di costruire un sistema basato, da un lato, sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, dall'altro, con l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali; l'obiettivo e' quello di rendere piu' specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali in modo da consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio specifico e definito ruolo di "presa in carico", garantendo i richiesti livelli di qualita' degli interventi e rapportandosi con maggiore specificita' ai contesti sociali in cui la rete dell'offerta e' inserita.

In una visione integrata dell'assistenza sanitaria, l'ospedale deve assolvere ad una funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da una patologia (medica o chirurgica) ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attivita' programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso, capace di affrontare, in maniera adeguata, peculiari esigenze sanitarie sia acute che post- acute e riabilitative. In ogni caso, l'ospedale assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico (PDT) del problema clinico di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera, affinche' possa essere assicurata, anche in fase

successiva alla prima accettazione, l'allocazione dei pazienti presso i presidi che dispongano di un livello organizzativo coerente con la complessita' assistenziale del caso da trattare. Tale logica di rete deve includere l'individuazione di poli d'eccellenza a livello nazionale e deve essere considerata in una visione solidaristica tra regioni per la soddisfazione dei casi di particolare complessita' (come gia' avviene in campo trapiantologico). La rete assistenziale ospedaliera deve essere formalmente definita e resa nota ai cittadini.

La gestione dei posti letto deve avvenire pertanto con la massima flessibilita', al fine di assicurare la maggior dinamicita' organizzativa rispetto alla domanda appropriata di ricovero, con specifica rilevanza per le necessita' provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza. E' raccomandata anche l'informatizzazione delle disponibilita' dei posti letto per aree geografiche.

L'ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDT per le patologie complesse ed a lungo termine(in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari) e di Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuita' di cura in fase post acuta (in particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche).

Le regioni avviano programmi di telemedicina per la gestione integrata tra ospedale e territorio di alcune condizioni cliniche ove cio' sia appropriato, tra le quali lo scompenso cardiaco, le broncopneumopatie croniche, il diabete.

1.3 Il presente documento, fermi restando i criteri di accreditamento gia' fissati dalle singole regioni in riferimento alle singole strutture pubbliche e private, nonche' quanto previsto dall'Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012 recante: "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" e successive disposizioni, definisce le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei su tutto il territorio nazionale, in termini di adeguatezza delle strutture, di risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti trattati, al livello di complessita' clinico - assistenziale della struttura ed alla sua interazione sinergica nell'ambito della rete assistenziale territoriale, fissando gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e promuovendo l'ampliamento degli ambiti dell'appropriatezza. efficacia, efficienza, umanizzazione, sicurezza e qualita' delle cure.

In materia di qualita' e sicurezza strutturale si applicano i contenuti degli atti normativi e delle linee guida nazionali e regionali vigenti in materia di qualita' e sicurezza delle strutture.

Per quanto attiene alle strutture sanitarie pubbliche si richiamano gli standard sulle unita' operative semplici e complesse, approvati nella seduta del 26 marzo 2012 dal Comitato ex art. 9 dell'Intesa Stato regioni del 23 marzo 2005, ai sensi dell'articolo 12, comma 1, lettera b) del patto per la salute 2010-2012.

1.4 Per promuovere un uso appropriato dell'ospedale, ai fini di migliorare la qualita' dell'assistenza offrendo al paziente la giusta intensita' di cura per le sue condizioni cliniche, nel contesto assistenziale piu' rispondente ai suoi bisogni, e' indispensabile che le regioni, nel recepire i contenuti del presente provvedimento, adottino anche un atto di indirizzo per le aziende ed enti del Servizio sanitario regionale nonche' per le strutture privare accreditate, relativo a specifici criteri per l'ammissione ai trattamenti ospedalieri sia di elezione che in condizioni di emergenza-urgenza.

I criteri dovranno essere definiti con Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tenuto conto di linee guida elaborate da un tavolo tecnico che verra' istituito entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto presso il Ministero della salute, composto da rappresentanti del Ministero stesso, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.nas), regioni e province autonome.

Le linee guida dovranno fornire indicazioni, in modo che i criteri di ammissione ai trattamenti ospedalieri siano:

- a) finalizzati a valutare e selezionare i pazienti ai fini dell'ammissione sotto il profilo di :
- -severita' della condizione clinica/evento morboso/trauma che ha portato il paziente in ospedale
  - -intensita'/complessita' dell'assistenza necessaria.
- b) specificamente definiti per l'ammissione in:
  - -ricovero ordinario in strutture/UO ospedaliere per acuti
  - -ricoveri diurni in strutture/UO ospedaliere per acuti
  - -ricoveri ordinari in strutture/UO ospedaliere per lungodegenza
- -ricoveri ordinari in strutture/UO ospedaliere per riabilitazione
  - -ricoveri diurni in strutture/UO ospedaliere per riabilitazione
  - -osservazione breve

1.5 Le regioni nell'adottare la riorganizzazione della rete ospedaliera nel rispetto della dotazione di posti letto (p.l.) previsti dalla citata legge 135/2012, assumono come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. In tal senso, ai fini del corretto calcolo del tasso di ospedalizzazione, per ogni trasferimento del paziente ad altro tipo di attivita' o regime di ricovero, si richiamano le indicazioni gia' operanti a livello nazionale in materia di compilazione di distinte schede di dimissione ospedaliera nel passaggio da un'attivita'/ regime di ricovero ad altro, ad es. da ricovero ordinario a ricovero diurno o da ricovero per acuti a ricovero in recupero e riabilitazione funzionale o lungodegenza.

#### 2. Classificazione delle strutture ospedaliere

2.1. La programmazione regionale provvede alla definizione delle rete dei posti letto ospedalieri per acuti, attribuendo ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati le relative funzioni entro il limite di 3 posti letto per mille abitanti, calcolati con le modalita' di cui all'articolo 1, comma 3 del presente decreto ed in base alla classificazione di cui ai successivi punti 2.2 e seguenti, declinata secondo l'organizzazione per complessita' e intensita' di cura.

L'organizzazione secondo livelli gerarchici di complessita' delle strutture ospedaliere che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti, tramite un modello in rete organizzato in base alle specificita' di contesto, concorre a rispondere in maniera appropriata agli obiettivi individuati nel precedente paragrafo. Le strutture ospedaliere, comprese quelle in cui non tutte le specialita' previste nei presidi sono dotate di posti letto dedicati, prevedono tre livelli a complessita' crescente.

2.2 I presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, salvo quanto previsto dal successivo punto 9.2.2, sono strutture dotate di sede di Pronto Soccorso con la presenza di un numero limitato di specialita' ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilita' sulle 24 ore (h.24) di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva".

- 2.3 I presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di I livello, dotate delle seguenti specialita': Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con Unita' di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.), Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e/o di reperibilita' oppure in rete per le patologie che la prevedono. Devono essere presenti o disponibili in rete h. 24 i Servizi di Radiologia almeno con Tomografia assiale computerizzata (T.A.C.) ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva" e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).
- 2.4 I presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sono strutture dotate di DEA di II livello. Tali presidi sono istituzionalmente riferibili alle Aziende ospedaliere, alle Aziende ospedaliero universitarie, a taluni Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e a Presidi di grandi dimensioni della Azienda sanitaria locale (ASL). Tali presidi sono dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I Livello, nonche' di strutture che attengono alle discipline piu' complesse non previste nell'Ospedale di I Livello, quali a titolo indicativo, nel rispetto del criterio prevalente dei bacini di utenza di cui al successivo punto 3.: Cardiologia con emodinamica interventistica h. 24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione cardiochirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessita', Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, Medicina Nucleare e altre eventuali discipline di alta specialita'; devono essere presenti h.24 i Servizi di Radiologia con almeno T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Nelle regioni con popolazione inferiore ai 600.000 abitanti, con uno scostamento del 6%, l'attivazione o la conferma dei presidi ospedalieri di II livello e' subordinata alla stipula di un accordo di programmazione integrata interregionale con le regioni confinanti in modo da garantire il rispetto del valore

5/6/2015

soglia del bacino di utenza sopra indicato. Tale accordo interregionale va stipulato entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

2.5 Il provvedimento regionale generale di cui all'articolo 1, comma 2, del presente decreto, stabilisce che, fermo restando che l'attivita' assistenziale esercitata per conto del Servizio sanitario nazionale viene annualmente programmata dalla regione con la fissazione dei volumi di attivita' ed i tetti di remunerazione per prestazioni e funzioni da indicarsi negli appositi accordi contrattuali annuali, le strutture ospedaliere private sono accreditate, in base alla programmazione regionale, considerando la presenza delle specialita' previste per i tre livelli a complessita' crescente di cui ai punti 2.2, 2.3 e 2.4, e puo' prevedere, altresi', strutture con compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera, stabilendo altresi' che, a partire dal 1º gennaio 2015, entri in vigore e sia operativa una soglia di accreditabilita' e di sottoscrivibilita' degli accordi contrattuali annuali, non inferiore a 60 p.l. per acuti, ad esclusione delle strutture monospecialistiche per le quali e' fatta salva la valutazione regionale dei singoli contesti secondo le modalita' di cui all'ultimo periodo del presente punto. Al fine di realizzare l'efficientamento della rete ospedaliera, per le strutture accreditate gia' esistenti alla data del 1° gennaio 2014, che non raggiungono la soglia dei 60 posti accreditati per acuti, anche se dislocate in siti diversi all'interno della stessa regione, sono favoriti i processi di riconversione e/o di fusione attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico dell'accreditamento da realizzarsi entro il 30 settembre 2016 in modo da consentirne la piena operativita' dal 1º gennaio 2017. In questi casi, con riferimento al nuovo soggetto giuridico ai fini dell'accreditamento, la soglia dei p.l. complessivi non puo' essere inferiore a 80 p.l. per acuti e le preesistenti strutture sanitarie che lo compongono devono assicurare attivita' affini e complementari. Di norma, il processo di fusione delle suddette strutture deve privilegiare l'aggregazione delle stesse in unica sede e, preliminarmente, ciascuna struttura oggetto di aggregazione finalizzata alla costituzione del nuovo soggetto accreditato deve possedere una dotazione di p.l. autorizzati e accreditati non inferiore a 40 posti letto per acuti. Gli eventuali processi di rimodulazione delle specialita' delle strutture accreditate verranno effettuati in base alle esigenze di programmazione regionale. Conseguentemente, dal 1º luglio 2015 non possono essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti. Dal 1º gennaio 2017 non possono essere sottoscritti contratti con le strutture accreditate con posti letto ricompresi tra 40 e 60 posti letto per acuti che non sono state interessate dalle aggregazioni di cui al precedente periodo. Con specifica Intesa in Conferenza Stato-regioni, da sottoscriversi entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, ivi ricomprendendo le relative soglie di accreditabilita' e di sottoscrivibilita' dei contratti, nonche' sono definite le attivita' affini e complementari relative all'assistenza sanitaria ospedaliera per acuti.

- 2.6 La programmazione regionale provvede ad attribuire ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati, anche monospecialistici, funzioni di lungodegenza e riabilitazione, entro il limite di 0,7 posti letto per mille abitanti, calcolati con le modalita' di cui all'articolo 1, comma 3 del presente decreto, di cui almeno 0,2 per la lungodegenza. Le funzioni della riabilitazione ospedaliera sono quelle indicate dal documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, comprensivi dei posti letto di neuro riabilitazione entro un limite di 0,02 p.l. per mille abitanti.
- 2.7 I processi di riconversione al trattamento dei pazienti post-acuti delle strutture per acuti da disattivare ai sensi del punto 2.5, sono attuati nel rispetto dello standard fissato dal presente provvedimento per la lungodegenza e la riabilitazione.
  - 3 Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina
- 3.1 Gli standard fissati definiti nella Legge 135/2012, relativamente ai posti/letto (3.7/1000 abitanti) ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 abitanti), sono conseguibili, intervenendo concretamente sull'indice di occupazione del posto/letto che deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e sulla durata media di degenza, per i ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni.

Pertanto, sulla base del tasso di ospedalizzazione atteso (160/1000 abitanti) di ricoveri appropriati, facendo riferimento alle regioni con migliore performance sui tassi di ospedalizzazione, suddividendo per singola disciplina il tasso complessivo, si sono individuati i tassi di ospedalizzazione attesi per disciplina o specialita' clinica

ed i relativi bacini di utenza. Per i servizi senza posti letto si fa riferimento a volumi di prestazione attesi in appropriatezza ed efficienza dimensionale.

L'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera pertanto deve essere effettuata in rapporto ai bacini di utenza, come di seguito indicati, laddove le regioni non dimostrino di avere gia' strutturato una rete, con caratteristiche di efficacia e appropriatezza, con un numero di strutture inferiore allo standard previsto.

Disciplina o Specialita' clinica	Bacino di Utenza per dimensionare     strutture rete pubblica e privata     (milioni di abitanti)			
Descrizione	   Strutture di		Servizi senza     posti letto	
				Bacino    min
Allergologia	+======   2 	+======-  1 	+======-   	+======+ 
Anatomia e istologia patologica	   	   +	0,3	0,15
Cardiochirurgia infantile	6 	4 	   	 
  Cardiochirurgia 	  1,2 	  0,6 	   	
  Cardiologia	  0,3 <del> </del>	  0,15 +	   <del> </del>	 
Emodinamica (come unita'  semplice nell'ambito della  Cardiologia)	   	  -  -	      0,6	    0,3
Chirurgia generale	0,2	0,1 	+ 	ļ ļ
Chirurgia maxillo-facciale	2	1	   	
Chirurgia pediatrica	2,5 	1,5 	   	<del></del> 
  Chirurgia plastica	  2	1		

1				
  Chirurgia toracica	  1,5	  0,8	   	
Chirurgia vascolare	0,8	0,4		ļ .
Ematologia	1,2	0,6		
Malattie endocrine, nutrizione   e ricamb.	    1,2	    0,6 	     	
Immunologia e centro trapianti	<u> </u> 	   	  4 	2
Geriatria	0,8 	0,4 	   	
  Malattie infettive e tropicali	1,2	  0,6 	   	
  Medicina del lavoro	  2	  1 	   	
  Medicina generale	  0,15	  0,08	    -	
Nefrologia	+  1,2	+  0,6 	†   	
  Neurochirurgia	1,2	  0,6 	   	
Neurologia	  0,3	  0,15 	   	
  Neuropsichiatria infantile	4	  2	    -	
Oculistica	0,3 	0,15 	   	
Odontoiatria e stomatologia	  0,8	  0,4	   	
  Ortopedia e traumatologia	  0,2	  0,1	    -	
Ostetricia e ginecologia	+  0,3	+  0,15	† 	ļ .
Otorinolaringoiatria	0,3 	0,15 	†   	
  Pediatria	  0,3	  0,15	   	
Psichiatria	+  0,3	+  0,15	<del>-</del>   	
Tossicologia 	   	   	6 	4   

5/6/2015

0/2013				AIIO	•
Urologia	0,3 	0,15 			
  Grandi ustionati	  6  -	4			
Nefrologia (abilitato al  trapianto rene)	    4	    2	   	 	-
Terapia intensiva	0,3	0,15			
  Unita' coronarica nell'ambito  della Cardiologia	    0,3 	    0,15 			
Medicina e chirurgia  d'accettazione e d'urgenza	    0,3 +	    0,15 +	   	   	
  Dermatologia	1,2	0,6	ĺ	į	
Emodialisi	   	   	,6 0,6	0,3	
  Terapia del dolore	  4 	  2,5 	  0,5 	  0,3   	
Farmacologia clinica	    -	    -	n/a		
Recupero e riabilitazione  funzionale*	   	   		 	
Fisiopatologia della  riproduzione umana nell'ambito  della Ginecologia/Ostetricia	      4	    2	   	     	
Gastroenterologia	0,8 	0,4 	   	 	
  Lungodegenti	  0,15 	  0,08 			
  Medicina nucleare**	   4 	  2 	1,2	  0,6	
  Neonatologia	  1,2 	  0,6 			
  Oncologia	  0,6	  0,3	0,3	0,15	
Oncoematologia pediatrica	4  4 	2	   		
Oncoematologia (vedere  Ematologia)	    0		   	 	

5/6/2015

Radiologia
radioterapia oncologica)
Terapia intensiva neonatale   1,2   0,6
Radioterapia oncologica     1,2   0,6
Neuroriabilitazione
Neurochirurgia pediatrica   6   4
Nefrologia pediatrica   6   4
Anestesia e rianimazione
(vedere terapia intensiva)
Farmacia ospedaliera     0,3  0,15
Laboratorio d'analisi   0,3  0,15
Microbiologia e virologia   1,2   0,6
Fisica sanitaria      1,2  0,6
Servizio trasfusionale***        0,3  0,15
Neuroradiologia         2     1
Genetica medica
Dietetica / dietologia    1,2  0,6
Direzione sanitaria di presidio     0,3  0,15

- \*: le soglie minima e massima verranno definite con un documento elaborato da apposito tavolo Ministero/regioni
  - \*\*: Vanno previsti p.l protetti in base al d.Lgs. 187/2000
- \*\*\*: i bacini di utenza devono essere coerenti con le previsioni dell'Accordo Stato-regioni del 16 dicembre 2010 e del 25 luglio 2012, con riferimento alle attivita' di preparazione e trattamento degli emocomponenti.

Nota: Alcune specialita' cliniche possono essere gestite con una unica struttura organizzativa (a titolo di esempio, nefrologia e dialisi). Per alcune specialita' (ad esempio geriatria e medicina generale, neuropsichiatria infantile pediatria e psichiatria) le regioni potranno rimodulare i posti letto, sulla base della domanda di salute, fermo restando il numero complessivo dei posti letto.

La tabella rappresenta un documento unico in cui si trattano l'organizzazione e il dimensionamento delle tre reti principali del sistema sanitario: Emergenza-urgenza, Ospedaliera e Territoriale.

Nell'ambito della rete ospedaliera e' stata articolato il dimensionamento delle diverse discipline in dipendenza del bacino di utenza. Il bacino di utenza della singola disciplina e' stato calcolato sulla base delle patologie normalmente trattate dalla disciplina, della frequenza delle patologie nella popolazione e della numerosita' minima di casi per motivare un reparto ospedaliero con un Direttore di struttura complessa. Un altro parametro preso in considerazione e' la necessita' di una corretta articolazione dei presidi ospedalieri nella rete di Emergenza-urgenza, in particolare per i Dipartimenti di Emergenza-urgenza (DEA) di primo e di secondo livello che formano la "dorsale" di questa rete.

Il percorso per l'applicazione della tabella di cui sopra e' il seguente:

- 1. identificazione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere di acuzie e lungodegenza e riabilitazione post-acuzie applicando criteri di appropriatezza sui ricoveri effettivamente erogati e con una eventuale correzione per la mobilita' in considerazione dei volumi di attivita' dell'Emergenza-urgenza, in ambito Ospedaliero e Territoriale, fermo restando le attivita' di ricovero di alcune regioni virtuose;
- 2. calcolo del numero corrispondente di posti letto normalizzati (pubblico e privato) presupponendo un utilizzo efficiente di ciascun posto letto (tipicamente un utilizzo medio tra l' 80% e il 90% durante l'anno); il calcolo e' effettuato per una sua applicazione sia per l'intera regione sia per le aree omogenee della regione ed e' articolato anche per singola specialita';

3. disegno della rete ospedaliera (pubblica e privata), partendo dai presidi e dalle specialita' necessarie a garantire la rete di Emergenza-urgenza e definendo il bacino di utenza di ciascuna specialita', il fabbisogno di prestazioni ospedaliere e di posti letto normalizzati relativi nonche' le strutture pubbliche e private esistenti;

4. la regione, nel definire il modello organizzativo dei singoli presidi, provvedera' ad assicurare modalita' di integrazione aziendale e interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello per intensita' di cure.

L'applicazione del percorso sopra definito prevede dati in riduzione rispetto ai parametri relativi ai posti letto esistenti al momento (4,0 p.l. per mille abitanti di cui 0,7 p.l. per le discipline di lungodegenza e riabilitazione post-acuzie) per rendere i medesimi dati coerenti con la riduzione al 3,7. La riduzione del fabbisogno di posti letto deriva sia dal percorso di appropriatezza che prevede una conversione di ricoveri ordinari in day hospital e prestazioni territoriali e la conversione di ricoveri in day hospital in prestazioni territoriali, sia dal calcolo dei posti letti normalizzati nel caso di scarso utilizzo dei posti letti esistenti. Il numero di strutture complesse ospedaliere risultanti e' anche perfettamente compatibile con l'orientamento del Ministero della salute (17,5 p.l. per Struttura Complessa previsto dal Comitato LEA) ed e' riferibile ad ogni singola disciplina.

Inoltre, l'introduzione di soglie di volume minime comportera' un'ulteriore riduzione di posti letto, in particolare per le strutture complesse delle discipline chirurgiche, che nelle regioni in piano di rientro si aggira sul 25% mentre nelle restanti regioni e' di circa il 10%. Per l'area medica la riduzione e' minore, ma comunque significativa per la rete Cardiologica.

Per quanto concerne le strutture complesse senza posti letto (laboratorio analisi, radiologia, anatomia patologica, centro trasfusionale, direzione sanitaria, farmacia ospedaliera, ecc.) si e' identificato, sulla base delle prestazioni attese, nonche' della necessita' della presenza di tali discipline nei Dea di I livello, un bacino di utenza tra 150.000/300.000 abitanti.

La variabilita' dei bacini di utenza tiene conto dei tempi di percorrenza dei cittadini, calcolata anche con la metodologia di analisi e di rappresentazione grafica (c.d. georeferenziazione) e quindi, le regioni dovranno utilizzare i bacini minimi in presenza di territori a bassa densita' abitativa e quelli massimi in caso opposto.

3.2 I parametri sopra indicati tengono conto della necessita', per l'alta specialita', di offrire una buona qualita' di prestazioni, attraverso una concentrazione in un numero limitato di presidi con un ampio bacino d'utenza per ciascuna struttura organizzativa. Esempi di queste discipline sono i grandi ustionati, la cardiochirurgia, alcune specifiche attivita' di analisi e di preparazione del sistema trasfusionale. Normalmente esse trovano posto in una o piu' strutture, oppure possono essere dislocate nell'ottica di un'area di utenza maggiore della regione ed essere oggetto di contrattazione tra regioni confinanti, da definirsi secondo le indicazioni contenute nel nuovo patto per la salute 2014 - 2016. Altre discipline sono di media diffusione e sono presenti presso una o piu' strutture nell'ambito di ciascuna area geografica. Le discipline ad alta ed altissima diffusione sono quelle che rappresentano l'offerta base di ogni presidio ospedaliero pubblico.

Nella determinazione del numero di posti letto per disciplina, la programmazione regionale puo' seguire il seguente percorso:

- 1. identificare, partendo dai ricoveri appropriati per ciascuna disciplina, il tasso di ospedalizzazione che, prendendo in considerazione la composizione della popolazione e la mobilita' attiva/passiva "strutturale", porta complessivamente ad un dato compatibile con l'obiettivo nazionale. Il tasso di ospedalizzazione include ricoveri ordinari e day hospital, ma non il nido;
- 2. individuare, per ciascuna disciplina, la degenza media relativa per ricoveri ordinari e ricoveri diurni;
- 3. determinare il tasso di occupazione standard da utilizzare nel calcolo;
- 4. calcolare, sulla base dei punti precedenti, il numero regionale totale di posti letto;
- 5. determinare, sulla base dei ricoveri appropriati e della programmazione regionale, la quota dei ricoveri fornita dagli erogatori pubblici;
- 6. calcolare il numero di posti letto atteso nelle strutture pubbliche e nelle strutture private.

Nelle regioni con popolazione inferiore ai valori soglia del bacino di utenza per specifica disciplina sopra indicati, l'attivazione o la conferma, nei propri presidi ospedalieri pubblici o privati accreditati, di strutture operative della specifica disciplina e' subordinata alla stipula di un accordo di programmazione integrata interregionale con le regioni confinanti in modo da garantire il rispetto del valore soglia del relativo bacino di utenza, secondo le indicazioni contenute nel nuovo patto per la salute 2014 - 2016.

#### 4. Volumi ed esiti

4.1. La necessita' di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualita' e sicurezza in un contesto di risorse limitate, comporta necessariamente una riconversione di servizi, strutture ed ospedali, per far fronte ai mutati bisogni sociali, demografici ed epidemiologici, in coerenza con quanto previsto dalla Legge 135/2012, in materia di reti ospedaliere. In tal senso, elementi determinanti sono rappresentati dai volumi di attivita' e dalla valutazione degli esiti.

L'unita' di riferimento per valutare opzioni di razionalizzazione della rete ospedaliera e' rappresentata dai volumi di attivita' specifici per processi assistenziali (percorsi diagnostico-terapeutici) e l'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni, a cui deve fare seguito un coerente numero di posti letto, nel contesto di un efficace sistema di governo dell'offerta.

- 4.2 Per numerose attivita' ospedaliere sono disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attivita' e migliori esiti delle cure (ad esempio mortalita' a 30 giorni, complicanze od altri esiti), ed in particolare per:
- a) Chirurgia del Cancro Esofago, Fegato, Mammella, Pancreas, Stomaco, Cistifellea, Colon, Polmone, Prostata, Rene e Vescica
- b) Procedure chirurgiche: Colecistectomia; Aneurisma aorta addominale, Angioplastica coronarica, By pass aorto-coronarico, Endoarterectomia carotidea, Rivascolarizzazione arti inferiori, Artoplastica ginocchio e anca, frattura femore
- c) Processi e percorsi diagnostico-terapeutici: Terapia intensiva neonatale (TIN) e Maternita'; Infarto del miocardio
- 4.3 Per queste e per altre attivita' cliniche, procedure e percorsi diagnostico terapeutici, la revisione sistematica continua della letteratura scientifica consentira' di identificare ed aggiornare continuamente le conoscenze disponibili sulla associazione tra volumi di attivita' e qualita' delle cure. L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.nas), avvalendosi di specifiche competenze scientifiche, ha la funzione di aggiornare costantemente le conoscenze disponibili sul rapporto tra volumi di attivita' ed esiti delle cure.

4.4 Per le attivita' cliniche di cui alle lettere a) e b) del punto 4.2, le unita' di riferimento dei volumi di attivita' sono attualmente le unita' operative complesse e, quando saranno disponibili i dati della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) opportunamente modificata, i singoli operatori. Per le attivita' di cui alla lettera c) dello stesso punto, le unita' di riferimento sono gli istituti di cura ospedalieri.

5/6/2015

4.5 Per numerosi percorsi diagnostico-terapeutici, procedure ed attivita' cliniche, sono misurabili sistematicamente gli esiti e possono essere identificati valori di rischio di esito, al di sotto (per gli esiti positivi) o al di sopra (per gli esiti negativi) dei quali, alle strutture (Unita' operative complesse-UOC o ospedali, ove applicabile) non possono essere riconosciuti i requisiti di accreditamento specifici. Per le attivita' ospedaliere per le quali e' definita l'associazione volumi-esiti, ma la letteratura scientifica non consente di identificare in modo univoco soglie di volume al di sotto delle quali non possono aversi sufficienti garanzie di efficacia e sicurezza, le soglie minime possono essere, tuttavia, scelte sulla base di criteri di costo-efficacia e in rapporto con i fabbisogni specifici.

Il rapporto osservato tra volumi di attivita', esiti delle cure e numerosita' specifica di strutture per ciascun valore del rapporto tra volumi ed esiti, consente di effettuare valutazioni di impatto per la scelta di soglie di volume e soglie di esiti.

4.6 Sia per volumi che per esiti, le soglie minime identificabili a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche, possono consentire di definire criteri non discrezionali per la riconversione della rete ospedaliera ed eventuali valutazioni per l'accreditamento. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, verranno definiti i valori soglia per volumi di attivita' specifici, correlati agli esiti migliori, e soglie per rischi di esito. A tal fine si prevede di istituire, presso Age.nas, un tavolo tecnico composto da rappresentanti del Ministero della salute, Age.nas, regioni e province autonome, che provvedera' anche a formulare proposte per l'aggiornamento periodico delle soglie di volume e di esito sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili, da recepire come integrazione del presente decreto.

Le soglie identificate si applicano a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati. Nelle more di tali definizioni anche di tipo qualitativo, tenuto conto altresi' degli aspetti correlati all'efficienza nell'utilizzo delle strutture, si definiscono valide le seguenti soglie minime di volume di attivita':

+	++
	150 primi interventi annui su casi
Interventi chirurgici per Ca	di tumore della mammella incidenti
mammella	per Struttura complessa
	100 interventi annui per Struttura
Colecistectomia laparoscopica	complessa
Intervento chirurgico per	75 interventi annui per Struttura
frattura di femore	complessa
	100 casi annui di infarti
	miocardici in fase acuta di primo
Infarto miocardico acuto	ricovero per ospedale
	200 interventi/anno di By pass
	aorto-coronarico isolato per
By pass aorto-coronarico	Struttura complessa
	250 procedure/anno di cui almeno il
	30% angioplastiche primarie in
	infarto del miocardio con
Angioplastica coronarica	sopra-slivellamento del tratto ST
percutanea	(IMA-STEMI)
      Maternita' +	si applicano le soglie di volume di  attivita' di cui all'Accordo Stato    Regioni 16 dicembre 2010

## e le seguenti soglie di rischio di esito:

Proporzione di colecistectomia  laparoscopica con degenza  post-operatoria inferiore a tre giorni	+
Proporzione di interventi chirurgici  entro 48h su persone con fratture del  femore di eta' > =65 anni	    minimo 60%
Proporzione di tagli cesarei primari in  maternita' di I livello o comunque con	

< 1000 parti	massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in  maternita' di II livello o comunque con  > 1000 parti	!
Proporzione di angioplastica coronarica  percutanea entro 90 min dall'accesso in  pazienti con infarto miocardico STEMI  in fase acuta	I :
Intervento di By pass aorto-coronarico  isolato, mortalita' aggiustata per  gravita a 30 giorni	    "massimo 4%;"
Intervento di valvuloplastica o  sostituzione di valvola isolata (ad  esclusione delle protesi valvolari  transfemorali e transapicali-TAVI),  mortalita' aggiustata per gravita a 30  giorni	    massimo 4%

- 4.7 Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, nella attuazione delle procedure di riconversione e di accreditamento della rete ospedaliera in applicazione dei criteri di cui sopra, le regioni e le province autonome dovranno:
- identificare, in relazione alle risorse disponibili, le strutture (Ospedali ed Unita' Operative in relazione allo specifico requisito) che possono svolgere le funzioni assistenziali identificate, per garantire le soglie di volume e di esito stabilite;
- definire modalita' e tempi di attuazione degli interventi di riconversione:
- identificare strutture (Ospedali ed Unita' Operative in relazione allo specifico requisito) per le quali, in relazione alle risorse disponibili, non sono determinabili condizioni ed interventi che consentano il rispetto dei requisiti di volume ed esito rispetto al volume complessivo e di attivita' e per le quali pertanto si determinano le condizioni per la disattivazione;
- adottare procedure di controllo e audit clinici ed organizzativi per prevenire i fenomeni opportunistici di selezione dei pazienti e/o di inappropriatezza, prevedendo le relative misure sanzionatorie:

- adottare misure per regolare l'ingresso nel sistema di nuove strutture erogatrici, in particolare per quanto riguarda i tempi per la verifica dei requisiti di volume e di esito.

Le misure e le stime di riferimento e di verifica per i volumi di attivita' e gli esiti sono quelle prodotte dal Programma nazionale esiti (PNE) di Age.nas ai sensi del comma 25 bis dell'art.15 della legge 135/2012.

- 5. Standard generali di qualita'
- 5.1 I requisiti di autorizzazione e di accreditamento definiti dalle regioni in attuazione del DPR 14.01.1997 e delle successive disposizioni regionali in materia, nonche' in attuazione a quanto previsto dall'Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012 recante: "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" e successive disposizioni, sono applicati ed eventualmente integrati, per le finalita' del presente provvedimento, tenendo conto delle indicazioni che seguono.
- 5.2 E' necessario promuovere ed attivare standard organizzativi secondo il modello di governo clinico (Clinical Governance), per dare attuazione al cambiamento complessivo del sistema sanitario e fornire strumenti per lo sviluppo delle capacita' organizzative necessarie a erogare un servizio di assistenza di qualita', sostenibile, responsabile, centrato sui bisogni della persona. Le strutture ospedaliere applicano le dimensioni del governo clinico, secondo linee di indirizzo e profili organizzativi. Tali linee di indirizzo, adottate con Intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, verranno-elaborate, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, da un tavolo tecnico istituito presso il Ministro della salute, composto da rappresentanti del Ministero della salute, Age.nas, regioni e province autonome; le linee di indirizzo dovranno comprendere almeno gli ambiti di seguito specificati, ordinati per livelli organizzativi e assicurando un programma di valutazione sistematico.
- 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello Lo standard e' costituito dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attivita' di:

Gestione del rischio clinico

- Sistema di segnalazione degli eventi avversi
- Identificazione del paziente, lista di controllo operatoria

- (c.d. Checklist operatoria) e Scheda unica di terapia
- Sistemi di raccolta dati sulle infezioni correlate all'assistenza, sorveglianza microbiologica, adozione delle procedure che garantiscono l'adeguatezza e l'efficienza dell'attivita' di sanificazione disinfezione e sterilizzazione, protocolli per la profilassi antibiotica e procedura per il lavaggio delle mani
  - Programmi di formazione specifica.

Medicina basata sulle evidenze e Valutazione delle tecnologie Sanitarie

- Implementazione di linee guida e definizione di protocolli diagnostico-terapeutici specifici
- Acquisizione delle valutazioni delle tecnologie sanitarie prodotte a livello nazionale ed internazionale
- Partecipazione a reti di valutazione delle tecnologie sanitarie, facenti capo alla rete nazionale di valutazione delle tecnologie sanitarie, coordinata dalla Age.nas.

Valutazione e miglioramento continuo delle attivita' cliniche

- Misurazione della performance clinica e degli esiti
- Audit Clinico
- Valutazione della qualita' percepita dell'assistenza dai cittadini/pazienti

Documentazione sanitaria, Comunicazione, informazione e partecipazione del cittadino/paziente

- Integrazione dei sistemi informativi relativi alla trasmissione di informazioni sia di carattere gestionale che sanitario
- Disponibilita' delle informazioni da rendere ai cittadini via web o con altri metodi di comunicazione
- Procedure di comunicazione con i pazienti per il coinvolgimento attivo nel processo di cura

Formazione continua del personale

- Rilevazione e valutazione sistematica dei bisogni formativi, con particolare attenzione alla introduzione di innovazioni tecnologiche ed organizzative nonche' all'inserimento di nuovo personale
  - Valutazione dell'efficacia dei programmi formativi attuati
  - 5.4. Standard per le strutture di II Livello

Le strutture di II livello, oltre a garantire quanto previsto per le strutture di I livello, svolgono ruolo di promozione e sviluppo di

metodi, strumenti e programmi da diffondere e rendere disponibili ad altre strutture di I/II livello in ambito regionale e nazionale.

Gli standard individuati devono essere periodicamente aggiornati in base alle conoscenze e alle evidenze scientifiche che si renderanno disponibili.

- 6. Standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali
- 6.1 I requisiti di autorizzazione e di accreditamento definiti dalle regioni in attuazione del DPR 14.01.1997 e delle successive disposizioni regionali in materia sono applicati ed eventualmente integrati, per le finalita' del presente provvedimento, nonche' in attuazione a quanto previsto dall'Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012 recante: "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" e successive disposizioni, tenendo conto delle indicazioni che seguono.
- 6.2 Nei presidi ospedalieri il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale non puo' superare il valore del 7 per cento.
- 6.3 Ogni struttura, tenendo anche conto del suo interfacciamento con la componente impiantistica e con le attrezzature, ha l'obbligo del rispetto, assicurato con controlli periodici, dei contenuti degli atti normativi e delle linee guida nazionali e regionali vigenti in materia di qualita' e sicurezza delle strutture con riferimento a:
  - protezione antisismica;
  - antincendio;

5/6/2015

- radioprotezione
- sicurezza per i pazienti, degli operatori e soggetti ad essi equiparati;
- rispetto della privacy sia per gli aspetti amministrativi che sanitari;
- monitoraggio periodico dello stato di efficienza e sicurezza delle attrezzature biomedicali;
- graduale sostenibilita' energetico-ambientale in termini di riduzione dei consumi energetici;
  - smaltimento dei rifiuti;
- controlli periodici per gli ambienti che ospitano aree di emergenza, sale operatorie, rianimazione e terapie intensive e medicina nucleare:
- monitoraggio periodico dello stato di efficienza e sicurezza degli impianti tecnici e delle attrezzature biomedicali;

- controllo periodico della rispondenza delle opere edilizie alle normative vigenti.

- 6.4 Va promossa una completa informatizzazione delle procedure e dei servizi, compresa la gestione dei rapporti con il pazienti e prestatori di assistenza (c.d. caregiver) informali per il monitoraggio e consulenza on-line.
  - 7. Standard specifici per l'alta specialita'

Per le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero per acuti per le attivita' assistenziali contemplate nel decreto ministeriale 29 gennaio 1992, si fa riferimento a quanto indicato nell'Allegato C dello stesso decreto, ovvero alle intervenute disposizioni nazionali o regionali in materia, nelle more della definizione di standard specifici da parte di un tavolo tecnico, da costituire presso il Ministro della salute, composto da rappresentanti del Ministero della salute, Age.nas, regioni e province autonome, con il compito di elaborare un documento contenente una proposta di aggiornamento del predetto decreto ministeriale, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

8. Reti ospedaliere

5/6/2015

- 8.1. Aspetti generali
- 8.1.1. All'interno del disegno globale della rete ospedaliera e' necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attivita' ospedaliera per acuti e post acuti con l'attivita' territoriale:
  - rete infarto
  - rete ictus
  - rete traumatologica
  - rete neonatologica e punti nascita
  - rete medicine specialistiche
  - rete oncologica
  - rete pediatrica
  - rete trapiantologica
  - rete terapia del dolore
  - rete malattie rare

Per la definizione delle reti sopra elencate le regioni adottano

specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni gia' contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-regioni sulle rispettive materie. Relativamente alle reti sopra elencate, per le quali non siano disponibili linee guida e raccomandazioni, e' istituito uno specifico tavolo tecnico presso Age.nas composto da rappresentanti del Ministero della salute, di Age.nas, regioni e province autonome, con il compito di definire entro un anno dalla data di approvazione del presente decreto le relative linee guida e raccomandazioni, nonche' di aggiornare quelle gia' esistenti, da sancire tramite Accordi in sede di Conferenza Stato-regioni.

Le regioni considerano, altresi', le indicazioni provenienti dall'Unione europea finalizzate a sollecitare specifici percorsi di integrazione terapeutico-assistenziali quali ad es. quelli relativi alla presa in carico multidisciplinare delle pazienti affette da neoplasia mammaria attraverso le unita' mammarie interdisciplinari (breast unit), nonche' di quelle di cui al documento di indirizzo nazionale avente ad oggetto la definizione di specifiche modalita' organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia, elaborato dal gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Ministero della salute, regioni e province autonome, esperti di Age.nas e di societa' scientifiche. Nell'ambito dell'implementazione delle reti oncologiche, le regioni considerano la necessita' di migliorare la qualita' della vita delle persone malate di cancro, assicurando loro cure riabilitative e cure palliative anche in ambito pediatrico. In coerenza con gli atti di indirizzo dell'Unione europea, presso i centri di oncologia deve essere assicurato adeguato sostegno psicologico ai pazienti e ai loro familiari, individuando specifici percorsi di accompagnamento a cura di personale specializzato.

Nel presente documento vengono fornite direttamente indicazioni solo per le reti tempo-dipendenti.

8.2 Indicazioni per le reti ospedaliere per le patologie complesse tempo-dipendenti

Sulla base dell'impatto sanitario della patologie tempo-dipendenti, in questa prima fase, si fa riferimento alla rete per le emergenze cardiologiche, alla rete per il trauma ed identificati gli standard dei Centri per il trattamento di pazienti con politrauma, alla rete per l'ictus.

## 8.2.1 Rete per le emergenze cardiologiche

I documenti di consenso delle Societa' scientifiche e la Societa' Europea di Cardiologia sottolineano come, per la gestione ottimale

del paziente con infarto miocardico acuto (IMA), sia necessario un modello organizzativo coordinato di assistenza territoriale in rete. La rete per l'infarto miocardico acuto (IMA) rappresenta, pertanto, l'attuale standard di cura per l'infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (STEMI).

La rete rappresenta il sistema organizzativo per la gestione dell'emergenza IMA, che integra i sistemi di intervento di emergenza-urgenza con il territorio e con ospedali a diversa complessita' assistenziale, la cui interconnessione e' assicurata da un adeguato sistema di trasporto.

La rete ha lo scopo di garantire a tutti i pazienti con STEMI pari opportunita' di accesso alle procedure salvavita di riperfusione coronarica, adottando strategie diagnostico-terapeutiche condivise e modulate, da un lato sul profilo di rischio del paziente e dall'altro sulle risorse strutturali e logistiche disponibili.

Le principali finalita' sono:

- ottenere il numero piu' elevato possibile di riperfusioni coronariche nell'IMA attraverso l'utilizzo di angioplastica coronarica o trombolisi;
- assicurare al paziente il sistema di riperfusione piu' efficace, disponibile su tutto il territorio regionale;
- assicurare il trattamento interventistico con angioplastica al maggior numero di pazienti, in particolare a quelli con shock cardiogeno ed a piu' alto rischio ed ai pazienti con controindicazioni alla trombolisi;
- ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con IMA attraverso una diagnosi precoce e l'utilizzo ottimale dei sistemi di teletrasmissione elettrocardiografica a distanza, in primis, da parte del 118;
  - migliorare la prognosi dei pazienti con IMA;
  - razionalizzare l'impiego delle risorse.

Il modello organizzativo adottato e' quello di una rete di intervento territoriale imperniato sul Servizio di Emergenza del 118 cui si affianca una rete inter-ospedaliera coordinata, di tipo hub and spoke, con adeguamento agli standard previsti, ovvero una unita' di emodinamica per un bacino di utenza di 300.000 - 600.000 abitanti (vedi tabella delle strutture complesse, capitolo 3).

Questo modello e' gia' consolidato in numerose realta' italiane ed e' suggerito dal documento di consenso delle Societa' scientifiche italiane di Cardiologia. Si tratta di una rete di intervento che parte dal territorio e si coniuga efficacemente con un'organizzazione inter-ospedaliera, applicando protocolli diagnostico-terapeutici e

percorsi differenziati (diretti, intra- ed inter-ospedalieri) concordati, utilizzando servizi ed ospedali con funzioni differenziate per livelli di competenza e di risorse e valorizzando l'importanza e la "pari dignita'" di ogni ruolo e di ogni intervento.

#### 8.2.2 Rete per il Trauma

Al fine di ridurre i decessi evitabili e' necessario attivare un Sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT), costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate, sulla base delle risorse e delle competenze disponibili, in: Presidi di pronto soccorso per traumi (PST), Centri traumi di zona (CTZ), Centri traumi di alta specializzazione (CTS). Tale classificazione si basa sul modello di rete integrata "hub and spoke", che prevede la concentrazione della casistica piu' complessa in un numero limitato di centri (hub), fortemente integrati con i centri periferici (spoke).

Sono integrati, inoltre, con centri che svolgono funzioni particolarmente specifiche, concentrate in un unico Centro regionale o in centri sovra-regionali: Centro Grandi Ustionati, Unita' Spinali Unipolari e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Centro per il Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleni.

- 8.2.2.1 Presidio di Pronto soccorso per traumi (PST): si colloca in un ospedale con pronto soccorso generale e garantisce, prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore, il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilita' cardio-respiratoria.
- 8.2.2.2 Centro traumi di zona (CTZ): si colloca in una struttura sede di DEA (I o II livello) e garantisce h.24, il trattamento, in modo definitivo, di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialita'. Deve essere dotato dei seguenti standard:
  - Personale addestrato alla gestione del trauma
- Area attrezzata di accettazione per il trauma (shock room), comprendente almeno due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatoria e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, dello pneumotorace e delle emorragie
  - Chirurgia generale
  - Anestesia e Rianimazione
  - Medicina d'urgenza
  - Ortopedia

- Radiologia dotata di sistemi di trasmissione a distanza delle immagini per consentire le attivita' di teleconsulenza previste nell'ambito del SIAT
  - Laboratorio d'urgenza e Centro trasfusionale
- Due sale operatorie contigue multifunzionali, per interventi di Chirurgia generale d'urgenza, Chirurgia ortopedica e eventuali interventi connessi con il trattamento del traumatizzato
- 8.2.2.3 Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS): ha un bacino di utenza ottimale di 2.000.000-4.000.000 di abitanti e, laddove non si raggiunga, devono essere realizzate aggregazioni che coinvolgono piu' Regioni. Deve registrare un volume di attivita' per trauma di almeno 400-500 casi/anno e una quota di traumi gravi superiore al 60% dell'intera casistica trattata.

Afferisce anche funzionalmente ad una struttura sede di DEA di II livello con Team del Dipartimento di Emergenza-urgenza dedicato alla gestione del trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialita', qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete (CTZ, PST).

Identifica e tratta sulle 24 ore, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o poli-distrettuale e garantisce le cure intensive necessarie, salvo alcune funzioni particolarmente specifiche, svolte in centri regionali/sovra regionali (Centro Grandi Ustionati, Unita' Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleni).

Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Sala di emergenza con possibilita' in loco di stabilizzazione ed esami radiologici ed ecografici
  - T.A.C., angiografia interventistica nelle immediate adiacenze
  - Sale operatorie h.24
- Attivazione sulle 24 ore della Chirurgia di controllo del danno, c.d. Damage Control Surgery Medicina d'Urgenza
  - Chirurgia Generale e d'Urgenza
  - Anestesia-Rianimazione
- Rianimazione pediatrica, laddove prevista l'accettazione pediatrica
  - Ortopedia
  - Neurochirurgia
  - Radiologia con possibilita' interventistica
  - Laboratorio e Centro trasfusionale

Inoltre devono essere presenti specialita' quali cardiochirurgia,

chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica e previste (anche con accordi interaziendali) le funzioni di: urologia, neurologia ed elettrofisiologia, chirurgia vascolare, Chirurgia toracica, Chirurgia pediatrica, chirurgia vertebrale, endoscopia digestiva e broncoscopia, cardiologia, nefrologia e dialisi, diabetologia.

#### 8.2.3 Rete per l'ictus

Per garantire il miglior approccio alle problematiche dell'ictus e pervenire ad una presa in carico complessiva del paziente, si individua un percorso che prevede 3 fasi:

- -fase pre-ospedaliera
- -fase ospedaliera
- -fase post-ospedaliera

Vengono in questo decreto definiti gli standard delle Unita' ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus (Stroke unit) e le strutture dedicate alla gestione dei pazienti con ictus cerebrale acuto, prevedendo 2 livelli.

8.2.3.1 Unita' ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus, c.d. Stroke Unit (SU) di I livello o area stroke

Sono necessarie per rispondere diffusamente, a livello territoriale, al fabbisogno di ricovero e cura della maggior parte dei pazienti con ictus cerebrale. Si caratterizzano per la presenza, in area di degenza specializzata per pazienti con ictus, dei seguenti standard:

- Competenze multidisciplinari incluse o presenti nella struttura
  - Un neurologo dedicato e Personale infermieristico dedicato
  - Almeno un posto letto con monitoraggio continuo
- Riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale)
  - Terapia fibrinolitica endovenosa
- Pronta disponibilita' neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico telediagnostico)
- Disponibilita' h.24 di Tomografia computerizzata (TC) cerebrale e/o angio-TC con apparecchio volumetrico multistrato ad almeno 16 strati e/o Risonanza magnetica (RM) encefalo, Risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), angio-RM
- Diagnostica neurosonologica epiaortica e intracranica, ecodoppler dei tronchi sovra-aortici (TSA) ed ecocardiografia
  - Collegamento operativo con le Stroke Unit di II livello per

invio immagini e consultazione collegamento operativo (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilita', di indicatori di processo riabilitativo e di esito) con il territorio e con una o piu' strutture riabilitative.

8.2.3.2 Unita' ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus, c.d Stroke Unit di II livello

La Stroke Unit di II livello deve trattare almeno 500 casi/anno di ictus e, oltre a quanto previsto per le Stroke Unit di I livello, deve garantire i seguenti standard:

- Personale dedicato h.24
- Neuroradiologia h.24 con TC volumetrica multistrato a 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusionale. Apparecchio da 1,5 Tesla per Risonanza magnetica (RM), Risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), Risonanza magnetica con immagini pesate in perfusione (RM-PWI) e angio-RM con pacchetto a rapida effettuazione
- Interventistica endovascolare con camera con angiografo digitale con arco a C e con Flat Panel h.24
  - Neurochirurgia h.24
  - Chirurgia vascolare h.24
  - Angiografia cerebrale
- Fibrinolisi intra-arteriosa (urgenza), trombectomia meccanica (urgenza), stent extra- e intracranico,
- Embolizzazione di malformazioni artero-venose, aneurismi, endoarteriectomia (urgenza)
  - Craniotomia decompressiva
  - Clipping degli aneurismi
  - 9. Rete dell'emergenza urgenza
- Il sistema dell'emergenza urgenza opera attraverso le centrali Operative 118, la rete territoriale di soccorso e la rete ospedaliera.
  - 9.1 Centrali Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso.
  - 9.1.1 Centrale operativa
- La CO effettua la valutazione del grado di complessita' dell'intervento necessario, definendo il grado di criticita' dell'evento e, conseguentemente, attiva l'intervento piu' idoneo, utilizzando i codici colore gravita'.
- Le centrali operative gestiscono, con procedure condivise, le postazioni di elisoccorso, le ambulanze medicalizzate con medico ed

infermiere a bordo, le automediche (i mezzi avanzati di base con infermiere e medico, le ambulanze di base con personale soccorritore certificato), in forma continuativa o estemporanea e tutti gli eventuali altri mezzi medicalizzati e non, che in forma continuativa o estemporanea intervengono nel soccorso sanitario. Tra i mezzi di soccorso l'eliambulanza, che rappresenta un mezzo integrativo e non alternativo delle altre forme di soccorso, deve essere usata in quelle situazioni tempo-dipendenti o legate a particolari condizioni assistenziali o a realta' territoriali disagiate (isole, zone montane).

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono a ridefinire la distribuzione dei mezzi di soccorso, nel rispetto degli standard che verranno indicati, per le tipologie dei mezzi non ancora identificati nel presente documento, in sede di Conferenza Stato-regioni e secondo criteri di densita' abitativa, distanze e caratteristiche territoriali, entro sei mesi dalla data di approvazione del presente decreto.

Sulla base dell'esperienza organizzativa e gestionale maturata, nonche' degli investimenti informatici, nelle tecnologie di supporto con importanti contributi di modernita' ed efficienza, si ritiene percorribile una revisione organizzativa che preveda una centrale operativa con un bacino di riferimento orientativamente non inferiore a 0,6 milioni ed oltre di abitanti o almeno una per regione /provincia autonoma.

La regione stabilisce quali Centrali operative mantengono funzioni operative sovrazonali per l'elisoccorso, trasporto organi, farmaci ed equipe sanitarie, considerando la organizzazione comune con regioni viciniori per funzioni a basso volume di attivita'.

La configurazione dei dati raccolti deve necessariamente adeguarsi al percorso ministeriale EMUR, che permette anche la gestione unica della banca dati 118 a livello regionale.

Alle regioni che hanno un bacino di popolazione inferiore a quello minimo indicato nel presente punto e' fortemente raccomandata l'aggregazione funzionale con una delle regioni confinanti tramite apposite convenzioni.

#### 9.1.2 Rete territoriale di soccorso

Il nuovo modello organizzativo dell'assistenza, caratterizzato da un potenziamento delle attivita' sul territorio e dalla realizzazione di una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse, deve prevedere la presenza di uno sviluppo del servizio di emergenza territoriale tecnologicamente avanzato, in grado di affrontare le emergenze e di condividere le procedure con l'attivita' del distretto e con la rete ospedaliera garantendo, in tal modo, una reale

continuita' dell'assistenza nell'interesse della popolazione, anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118 e la trasmissione di immagini e dati.

## 9.1.3 Le postazioni territoriali

La definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale viene individuata utilizzando un criterio che si basa sulla attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 Kmq., applicando un necessario correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolare difficolta' di accesso, per garantire l' adeguata funzionalita' dei percorsi clinico assistenziali.

Nel calcolo delle postazioni territoriali occorre tener conto della peculiare risposta organizzativa del 118 scelta, ad es. con l'affidare o meno al 118 la totalita' dei trasporti non solo secondari urgenti ma anche dei trasporti ordinari, in alcune Regioni attualmente a carico dei presidi ospedalieri ed in altre a carico del servizio 118.

Nel caso in cui i trasporti secondari programmati vengano affidati al 118, la gestione degli stessi deve essere assolutamente separata dalla gestione dei servizi di soccorso sanitario urgente.

Pertanto, nel calcolo del totale di mezzi di soccorso riorganizzati vanno considerati i trasporti primari e secondari urgenti, in particolare per l'implementazione delle reti delle patologie complesse tempo-dipendenti, nonche' i trasporti ordinari.

9.1.4 Elisoccorso sanitario ed elisuperfici a servizio delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali.

L'analisi condotta sul numero degli interventi di soccorso effettuati nelle regioni e nelle provincie autonome di Trento e di Bolzano in particolare sugli eventi con codice di gravita' giallo e rosso, permette di calcolare l'adeguato fabbisogno di basi operative di elisoccorso. Alla luce dei dati di attivita' del servizio negli ultimi cinque anni, nonche' dei dati relativi al servizio territoriale con mezzi a terra, si propone un servizio di elisoccorso regionale, integrato con il sistema di soccorso a terra, che impieghi un numero di mezzi diurno pari a uno per una previsione media di interventi compresa tra 400 e 600 anno per ogni base operativa in relazione, motivata, alla numerosita' dei mezzi a terra ed alla definizione della rete ospedaliera.

Per i mezzi notturni, si propone un servizio di elisoccorso integrato con il sistema di soccorso a terra tramite adeguata rete di elisuperfici notturne a servizio delle destinazioni sanitarie, ed

elisuperfici a servizio di comunita' isolate o aree disagiate, che impieghi un numero di mezzi notturni pari a uno per una previsione media di interventi compresa tra 350 e 550 anno per ogni base operativa in relazione, motivata, alla numerosita' dei mezzi a terra, alla definizione della rete ospedaliera ed alla rete di elisuperfici notturne.

Le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano potranno definire riduzioni dei parametri sopra descritti in relazione alla necessita' di erogare il servizio per situazioni peculiari, quali l'assistenza alle isole minori o a comunita' isolate, dove l'integrazione con il soccorso ordinario presenti difficolta' non altrimenti superabili anche esperite le possibili sinergie interregionali.

Data la peculiarita' del servizio e dei mezzi sono fortemente auspicate sinergie di intervento a copertura delle aree di confine tra le diverse regioni. In caso di particolari emergenze o comunque quando se ne ravvisino necessita' organizzative in relazione alla rete di emergenza, dovra' essere possibile la gestione flessibile delle basi operative con trasferimenti temporanei o definitivi delle stesse negli ambiti regionali.

La complessita' degli adempimenti richiesti dalla vigente normativa aeronautica richiede che le regioni e provincie autonome di Trento e di Bolzano individuino, anche a fini di ottimizzazione del servizio, un piano complessivo di interventi che possa trovare graduale applicazione nel tempo, relativamente ad una rete integrata di siti collegati all'attivita' di elisoccorso, individuati a diversi livelli. In adesione a quanto gia' previsto nelle JAR-OPS 3 (normativa internazionale di riferimento ), anche la normativa italiana recepisce in proposito la seguente distinzione:

Basi operative Servizio Medico in Elicottero di Emergenza (c.d. HEMS);

- 1) Destinazioni sanitarie;
- 2) Elisuperfici a servizio di strutture sanitarie;
- 3) Elisuperfici a servizio di comunita' isolate;
- 4) Siti per il Servizio Medico in Elicottero di Emergenza (c.d. HEMS).

Alle regioni per le quali si preveda un numero di interventi annui inferiori a quelli minimi indicati nel presente punto e' fortemente raccomandata l'aggregazione funzionale con una delle regioni confinanti tramite apposite convenzioni.

# 9.1.5 Punti di Primo Intervento (PPI)

Esclusivamente a seguito della riconversione dell'attivita' di un ospedale per acuti in un ospedale per la post-acuzie oppure in una struttura territoriale, potrebbe rendersi necessario prevedere, per un periodo di tempo limitato, il mantenimento nella localita' interessata di un Punto di Primo Intervento, operativo nelle 12 ore diurne e presidiato dal sistema 118 nelle ore notturne. Qualora gli accessi superino le 6.000 unita' anno la responsabilita' clinica e organizzativa ricade sul DEA. di riferimento, che potra' avvalersi di risorse specialistiche, con adeguata formazione, presenti nella struttura.

La funzione dei Punti di Primo Intervento e' la trasformazione in postazione medicalizzata del 118 entro un arco temporale predefinito, implementando l' attivita' territoriale al fine di trasferire al sistema dell'assistenza primaria le patologie a bassa gravita' e che non richiedono trattamento ospedaliero secondo protocolli di appropriatezza condivisi tra 118, DEA, hub o spoke di riferimento e Distretto, mantenendo rigorosamente separata la funzione di urgenza da quella dell'assistenza primaria. Nei punti di primo intervento non e' prevista l'osservazione breve del paziente.

Punti di Primo Intervento con casistica inferiore ai 6.000 passaggi annui sono direttamente affidati al 118 come postazione territoriale.

Possono essere organizzati Punti di Primo Intervento anche per esigenze temporanee ed in occasione di manifestazioni di massa, gestiti funzionalmente e organizzativamente dal sistema 118.

Nella fase di transizione verso la gestione del 118, la loro funzione per le urgenze si limita unicamente ad ambienti e dotazioni tecnologiche atte al trattamento delle urgenze minori e ad una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessita', al fine di consentirne il trasporto nel pronto soccorso piu' appropriato.

### 9.2 Rete ospedaliera dell'emergenza

La rete ospedaliera dell'emergenza e' costituita da strutture di diversa complessita' assistenziale che si relazionano secondo il modello hub and spoke integrato dalle strutture sotto indicate. Tali strutture sono in grado di rispondere alle necessita' d'intervento secondo livelli di capacita' crescenti in base alla loro complessita', alle competenze del personale nonche' alle risorse disponibili.

La rete si articola su quattro livelli di operativita':

## 9.2.1 Ospedale sede di Pronto Soccorso

E' la struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza-urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al DEA

di livello superiore di cura, in continuita' di assistenza, secondo protocolli concordati per patologia (es. reti assistenziali ad alta complessita'). Devono essere presenti le discipline di Medicina interna, Chirurgia generale, Anestesia, Ortopedia e Servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilita' H/24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca, coordinati come previsto al capitolo 2.

La funzione di pronto soccorso e' prevista per:

- un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti
- un tempo di percorrenza maggiore di un'ora dal centro dell'abitato al DEA di riferimento
- un numero di accessi annuo appropriati superiore a 20.000 unita'

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza e alla media degli accessi.

Puo' essere prevista la funzione di Pronto soccorso, come descritta, in presidi ospedalieri di aree disagiate (zone montane, isole) anche con un numero di abitanti di riferimento inferiore ad 80.000.

### 9.2.2 Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate

Le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano possono prevedere presidi ospedalieri di base per zone particolarmente disagiate, distanti piu' di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento (o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso), superando i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace. I tempi devono essere definiti sulla base di oggettive tecniche di misurazione o di formale documentazione tecnica disponibile. Per centri hub and spoke si intendono anche quelli di regioni confinanti sulla base di accordi interregionali da sottoscriversi secondo le indicazioni contenute nel nuovo patto per la salute 2014-2016.

Tali situazioni esistono in molte regioni italiane per presidi situati in aree considerate geograficamente e meteorologicamente ostili o disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontano con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi, oppure in ambiente insulare.

Nella definizione di tali aree deve essere tenuto conto della presenza o meno di elisoccorso e di elisuperfici dedicate.

In tali presidi ospedalieri occorre garantire una attivita' di pronto soccorso con la conseguente disponibilita' dei necessari servizi di supporto, attivita' di medicina interna e di chirurgia \*\*\* ATTO COMPLETO \*\*\*

generale ridotta. Essi sono strutture a basso volume di attivita', con funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza e con un numero di casi insufficiente per garantire la sicurezza delle prestazioni, il mantenimento delle competenze professionali e gli investimenti richiesti da una sanita' moderna.

5/6/2015

Tali strutture devono essere integrate nella rete ospedaliera di area disagiata e devono essere dotate indicativamente di:

- un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri;
- una chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day surgery o eventualmente in Week Surgery con la possibilita' di appoggio nei letti di medicina (obiettivo massimo di 70% di occupazione dei posti letto per avere disponibilita' dei casi imprevisti) per i casi che non possono essere dimessi in giornata; la copertura in pronta disponibilita', per il restante orario, da parte dell'equipe chirurgica garantisce un supporto specifico in casi risolvibili in loco;
- un pronto soccorso presidiato da un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica cosi' come prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza) e, da un punto di vista organizzativo, integrata alla struttura complessa del DEA di riferimento che garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo.
- E' organizzata in particolare la possibilita' di eseguire indagini radiologiche con trasmissione di immagine collegata in rete al centro hub o spoke piu' vicino, indagini laboratoristiche in pronto soccorso. E' predisposto un protocollo che disciplini i trasporti secondari dall'Ospedale di zona particolarmente disagiata al centro spoke o hub. E' prevista la presenza di una emoteca. Il personale deve essere assicurato a rotazione dall'ospedale hub o spoke piu' vicino.

# 9.2.3 Ospedale sede di D.E.A. di I Livello (spoke)

La struttura ospedaliera sede di DEA di I livello (spoke) esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di Pronto soccorso e svolge funzioni di accettazione in emergenza urgenza per patologie di maggiore complessita', di osservazione breve intensiva e di medicina di urgenza e, ove necessario, trasferisce in continuita' di assistenza, al DEA di II Livello (hub), superiore per livello di cura.

La struttura sede di DEA di I Livello serve un bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti con un numero di accessi

annui appropriati superiore a 45.000 e deve essere dotato delle strutture di cui al capitolo 2, punto 2.3.

# 9.2.4 Ospedale D.E.A. di II Livello (hub)

La struttura ospedaliera sede di DEA di II livello esegue tutti gli interventi previsti nell'ospedale sede di DEA di I livello ed e' sede di discipline di riferimento per le reti delle patologie complesse; effettua oltre agli interventi previsti per il DEA di I livello, le funzioni di accettazione in emergenza- urgenza per il trattamento delle patologie acute ad elevata complessita', in particolare per quanto attiene alle alte specialita' o alle specialita' che fanno riferimento a centri regionali o sovra regionali (Centro ustioni, Centro trapianti, Unita' spinali, Cardiochirurgia, Neurochirurgia).

La struttura sede di DEA di II Livello serve un bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, con numero di accessi annui appropriati superiore a 70.000 e deve essere dotato delle strutture di cui al capitolo 2, punto 2.4. E' inoltre prevista, qualora i volumi di attivita' consentano di garantire le competenze richieste, una struttura complessa di Chirurgia d'Urgenza, che assolva a compiti di trattamento specialistico di patologie urgenti.

La rete di teleconsulto rappresenta un utile supporto alle reti specialistiche di emergenza, in quanto, essendo connessa alle Centrali Operative 118, permette flussi informativi e trasporto dei dati tecnici fra tutti i Centri collegati, con la possibilita' di anticipare informazioni sui pazienti in arrivo in Ospedale e ricevere dati sulla disponibilita' dei posti letto. Al fine di un utilizzo ottimale della rete di trasmissione di immagini e dati e' necessario garantire la presenza sulle 24 ore, negli hub di personale sanitario formato, con specifica programmazione regionale, alla gestione delle richieste di consulenza.

9.2.5 Rapporti con il Servizio di Continuita' Assistenziale La razionalizzazione deve opportunamente interessare anche l'organizzazione del Servizio di Continuita' Assistenziale.

Dovranno essere messe a disposizione della continuita' assistenziale le dotazioni tecnologiche delle centrali operative e l'integrazione con i medici di medicina generale, con indiscutibili benefici in termini di ottimizzazione degli interventi, monitoraggio delle attivita' e riduzione dei tempi di attesa dell'utenza. Altri elementi di razionalizzazione provengono da una piu' corretta distribuzione delle postazioni di Continuita' Assistenziale che dovra' essere definita a livello regionale con adeguato dimensionamento in rapporto all'attivita' attesa e alla distribuzione territoriale.

Ulteriori indicazioni di programmazione potranno essere fornite dal sistema di acquisizione dei dati, previsto dal D.M. 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza".

Il servizio di continuita' assistenziale viene organizzato anche tenendo conto di quanto previsto dall'art. 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

#### 10. Continuita' ospedale-territorio

La riorganizzazione della rete ospedaliera cui e' finalizzato il presente provvedimento sara' insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, se, in una logica continuita' assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o la mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale. L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale. Relativamente ai primi, e' evidente il ruolo di filtro che le strutture territoriali svolgono nel contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati; per quanto riguarda i flussi in uscita assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuita' di assistenza. Al riguardo va promosso il collegamento dell'ospedale ad una centrale della continuita' o altra strutture equivalente posta sul territorio di riferimento per la dimissione protetta e la presa in carico post ricovero, nonche' la promozione della medicina di iniziativa e della Farmacia dei servizi, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonche' alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicita', cosi' come previsto dal nuovo patto per la salute 2014-2016. In attuazione della legge n.38/2010 e per il completamento della legge n. 39/1999, al fine di assicurare lo sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica, le Regioni completano l'attivazione degli hospice, di cui alla lett. c) dell'art. 2, comma 1, legge 15 marzo 2010, n. 38 e assicurano sul territorio l'accesso alle cure palliative domiciliari specialistiche. Le iniziative di continuita' ospedale territorio possono, pertanto,

identificarsi nei programmi di dimissione protetta e/o assistita, in particolare per i pazienti che richiedono continuita' di cura in fase post acuta, nelle disponibilita' di strutture intermedie con varie funzioni, nei servizi di gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, nei programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti patologici, nei centri di comunita'/poliambulatori, nelle strutture di ricovero nel territorio gestite dai Medici di Medicina Generale (MMG).

Per struttura Intermedia, omnicomprensiva della qualsivoglia tipologia o "provenienza" del paziente, si intende una struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati, di ricovero e di assistenza idonea ad ospitare:

- pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali e' necessario:
- consolidare le condizioni fisiche
- continuare il processo di recupero funzionale
- accompagnare il paziente con fragilita' individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero
- pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera

Per lo sviluppo di questi percorsi e' necessario favorire l'implementazione di forme di lavoro multidisciplinare, attraverso la predisposizione di specifici strumenti (quali i sistemi informativi), l'organizzazione di gruppi di lavoro o l'attivazione di progetti per consolidare il circuito locale di relazione tra professionisti.

Le regioni, al fine di agevolare il processo di ridefinizione della rete ospedaliera devono procedere contestualmente al riassetto dell'assistenza primaria, dell'assistenza domiciliare e di quella residenziale, in coerenza con quanto previsto dal vigente quadro normativo in materia di livelli essenziali di assistenza e con gli obiettivi economico finanziari nazionali fissati per il Servizio sanitario nazionale.

In questa sede ci si limita a fornire indicazioni solo relativamente alle strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera con particolare riferimento ai cosiddetti Ospedali di Comunita'.

### 10.1 Ospedale di comunita'

E' una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica e'

assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilita' igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche. Prende in carico pazienti che necessitano:

-di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneita' del domicilio (strutturale e familiare)

-di sorveglianza infermieristica continuativa

La degenza media prevedibile e' di 15/20 giorni.

L'accesso potra' avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso.

L'assistenza sara' garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuita' assistenziale.

La sede fisica dell'ospedale di comunita' potra' essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali.

#### **APPENDICI**

#### Appendice 1

DEFINIZIONE DEI POSTI LETTO ORDINARI OSPEDALIERI - CRITERI

Posto letto ordinario: Posto letto per ricovero H24 Posto letto autorizzato: posto letto fisico previsto negli atti autorizzativi; si distinguono in:

- fisicamente disponibile
- fisicamente indisponibile, per ragioni strutturali temporanee quali manutenzione, ristrutturazione, o altre contingenze.

Posto letto fisicamente disponibile:

- -organizzativamente disponibili: occupabili in qualsiasi momento per pazienti urgenti o elettivi (esistenti ed utilizzabili)
  - -organizzativamente indisponibili, per ragioni contingenti quali

insufficienza di personale, procedure di disinfezione

Posti letto organizzativamente disponibili:

-posto letto libero
-posto letto occupato

#### Appendice 2

Chirurgia ambulatoriale

I trattamenti chirurgici, che l'evoluzione delle procedure tecniche e delle tecnologie ha reso possibile effettuare in ambito ambulatoriale in alternativa al ricovero ordinario o diurno in day surgery, hanno una crescente rilevanza sotto il profilo terapeutico assistenziale ed organizzativo. Contestualmente sono cresciute le connesse esigenze di garantire per questa tipologia di trattamenti uniformi ed omogenei criteri di sicurezza e qualita', in campo nazionale. Con le presente appendice si forniscono specifiche indicazioni.

Con il termine chirurgia ambulatoriale si intende la possibilita' clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive praticabili senza ricovero in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia, (fino al II grado della scala di sedazione) su pazienti accuratamente selezionati comprese le prestazioni di chirurgia odontoiatrica in anestesia loco-regionale e tronculare effettuabili negli ambulatori/studi odontoiatrici, in quanto comportanti trascurabile probabilita' di complicanze.

Per la selezione pre-operatoria dei pazienti, si propone l'utilizzo della classificazione della American Society of Anesthesiology che consente di definire le categorie dei pazienti in funzione della presenza o meno di alterazioni organiche o funzionali. Si individuano i pazienti afferenti alle classi ASA 1 e ASA 2 come possibili candidati alle prestazioni di chirurgia ambulatoriale e alle prestazioni effettuabili nei presidi extraospedalieri di day surgery.

Le regioni classificano le strutture che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale in base a:

- complessita' tecnica/invasivita' delle prestazioni,
- tecniche e grado di anestesia e sedazione praticabili,
- possibili insorgenze di complicanze cliniche nel paziente,
- gradiente di sicurezza igienico ambientale dell'area operatoria

e definiscono in tal senso classi diverse di standard strutturali, tecnologici- impiantistici, qualitativi e di sicurezza e quantitativi.

#### Standard strutturali

Le regioni definiscono le caratteristiche generali degli edifici e dei locali sede dell'ambulatorio ed i loro rapporti con attivita' non sanitarie prevedendo che le strutture di chirurgia ambulatoriale complessa siano ubicate al piano terra o comunque dotati di ascensori atti al trasporto di pazienti in lettiga.

Le regioni disciplinano espressamente, differenziandoli per la complessita' della struttura, tra l'altro, gli standard relativi:

-ai locali e spazi per l'attivita' sanitaria e per le attivita' ad essa correlate (attivita' amministrative, attesa pazienti, servizi igienici, stoccaggio farmaci e materiali).

Devono essere disciplinati, differenziandoli per la complessita' della struttura, espressamente gli standard relativi:

- alla zona di spogliatoio e preparazione del personale sanitario;
  - alla zona spogliatoio e preparazione paziente;
  - al locale chirurgico;
- allo spazio di sosta per i pazienti che hanno subito l'intervento;
  - al deposito materiali sterili e dello strumentario chirurgico;
  - al locale per visite e medicazioni;
- allo spazio per la disinfezione e la sterilizzazione (pur mantenendo la possibilita', in alternativa, di avvalersi di servizi di sterilizzazione esterni);
  - al pavimento e alle superfici in generale.

# Standard organizzativi

Le regioni definiscono adeguati standard organizzativi comprensivi dei riferimenti alle figure professionali ed alla numerosita' del personale addetto, nel rispetto, per quanto attiene alle strutture pubbliche, degli obiettivi di contenimento dei relativi costi fissati dalla normativa vigente in materia di personale del SSN .

# Standard tecnologici-impiantistici

Le regioni definiscono, differenziandoli per la complessita' della struttura, gli standard relativi alle caratteristiche termiche e igrometriche, illuminotecniche e impiantistiche, nonche' le caratteriste tecniche delle attrezzature e degli arredi dei singoli

\*\*\* ATTO COMPLETO \*\*\*

locali o spazi in funzione dell'attivita' svolta.

5/6/2015

Le Regioni definiscono differenziandolo per la complessita' della struttura, il contenuto minimo del carrello per la gestione dell'emergenza, comprendente attrezzature e farmaci essenziali per la rianimazione cardiaca e polmonare di base (inclusi aspiratore e attrezzature per la ventilazione) e di frigorifero a temperatura controllata per la conservazione di materiali e farmaci.

La dotazione tecnologica, in relazione alla complessita' degli interventi e alla casistica trattata, deve comprendere il defibrillatore semiautomatico.

Standard qualitativi e di sicurezza

Ai fini della sicurezza del paziente e della continuita' assistenziale le regioni definiscono, tra l'altro, il contenuto minimo delle indicazioni che dovranno essere riportate:

- nella scheda clinica che deve essere redatta per ciascun paziente;
- nel registro ambulatoriale dove deve essere registrata tutta
   l'attivita' sanitaria erogata dalla struttura;
- nella relazione finale, comprese le informazioni per la gestione delle complicanze.

I provvedimenti regionali, tra l'altro, prevedono:

- l'adozione di procedure per la selezione del paziente, per l'informazione sulle modalita' e il decorso dell'intervento e il consenso informato, per la richiesta dei necessari accertamenti, per la preparazione all'intervento e per l'immediato periodo post operatorio;
- la sorveglianza continua del paziente ed il monitoraggio dei parametri vitali adeguato alle procedure cui viene sottoposto il paziente e per tutta la durata della prestazione, compresa la fase preoperatoria e postoperatoria, nonche' delle possibili complicanze cliniche (anestesiologiche ed operatorie) dei pazienti;
- la compilazione e la conservazione del registro operatorio e della documentazione clinica, compresa copia della relazione di cui al punto precedente, secondo i tempi stabiliti per le attivita' di ricovero ordinario;
- un sistema atto ad assicurare la reperibilita' dei sanitari 24 ore su 24, definendo le modalita' secondo le quali e' organizzata e le procedure attraverso cui sono rese note al paziente le modalita' per attivare il servizio di pronta disponibilita';
  - la continuita' assistenziale con il medico di medicina

generale ed il pediatra di libera scelta, anche tramite una relazione scritta che indichi i nominativi degli operatori, la procedura eseguita, l'ora dell'inizio e della fine della procedura, le eventuali tecniche sedative del dolore o il tipo di anestesia praticata e i consigli terapeutici proposti;

- la prima gestione in loco delle complicanze. Nel caso di complicanze non gestibili in loco, o di impossibilita' al trasferimento del paziente al proprio domicilio, le strutture garantiscono il trasporto del paziente ad una struttura ospedaliera di riferimento, con possibilita' di ricovero, situato ad una distanza percorribile in un tempo che consenta il trattamento delle complicanze. A tal fine e' stato adottato, precedentemente all'inizio dell'attivita' chirurgica dell'ambulatorio/struttura, un protocollo formalizzato per il raccordo con la struttura ospedaliera di riferimento.
- la gestione delle emergenze cliniche nell'ambito della rete dell'emergenza-urgenza. In ogni caso, per fronteggiare in loco e in modo efficace la prima fase di eventuali emergenze, la struttura deve avvalersi di professionisti adeguatamente formati e possedere le necessarie dotazioni strumentali.

Per ogni attivita' clinica svolta, e' individuato un medico responsabile.

Al responsabile dell'attivita' igienico-sanitaria dell'ambulatorio chirurgico compete, tra l'altro, la tenuta del registro delle attivita' svolte nella struttura e dei provvedimenti adottati per il rispetto delle norme igienico-sanitarie, nonche' la trasmissione semestrale alla ASL di riferimento di una relazione in cui siano riportati i risultati dei controlli effettuati.

I trasferimenti per complicanze ed emergenze devono essere trasmessi alla ASL di riferimento con l'indicazione del motivo del ricovero e della struttura dove e' avvenuto.

Le regioni prevedono l'adozione da parte delle strutture degli strumenti per la gestione del rischio clinico. Lo standard e' costituito dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attivita' di Gestione del rischio clinico.

Le regioni, qualora si intenda ricomprendere nella chirurgia ambulatoriale anche interventi chirurgici effettuati in anestesia generale limitatamente alle sole ipotesi di recupero da parte dell'utente dell'autonomia motoria e della piena vigilanza entro le due ore successive alla conclusione dell'intervento e non implicanti assistenza continuativa post-intervento, definiranno ulteriori standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi tenendo conto della maggiore complessita' della prestazione erogata e del

maggior rischio per utenti ed operatori.

In particolare per il locale chirurgico le caratteristiche, le relative dotazioni impiantistiche e di sicurezza, attinenti:

- alla temperatura e all'umidita';
- ai ricambi e al filtraggio dell'aria;
- agli impianti di gas medicali e di aspirazione dei gas anestetici;
  - alle stazioni di riduzione della pressione;
- all'impianto allarmi di sicurezza, in particolare, cor riferimento alla segnalazione esaurimento gas medicali;
  - ai controlli periodici e al monitoraggio ambientale.

dovranno essere definite dalle regioni tenuto conto della qualifica prestazionale della sala operatoria assumendo come riferimento i corrispondenti locali chirurgici dove si effettuano prestazioni di day surgery.

Le regioni disciplinano ulteriori aspetti relativi alla qualita' e alla sicurezza non trattati nel presente documento.

## **ALLEGATO C - ASST**

## **INTRODUZIONE**

La I.r. 23/2015 ha istituito le nuove Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) riordinando l'erogazione dei servizi nell'ambito di due poli d'offerta aziendali - il settore polo ospedaliero e il settore rete territoriale - che afferiscono direttamente al Direttore Generale, il quale garantisce il coordinamento delle attività svolte da ciascun settore aziendale avvalendosi del Direttore Sanitario, del Direttore Socio Sanitario e del Direttore Amministrativo attraverso l'attribuzione di funzioni di direzione specifiche.

Il **settore polo ospedaliero** dell'ASST è prevalentemente orientato alle prestazioni in acuzie e in elezione e all'erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità; si articola in presidi ospedalieri e/o in dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura, nel rispetto degli standard ospedalieri previsti.

in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri.

Il **settore rete territoriale** eroga le prestazioni distrettuali di cui al d.lgs. 502/1992: prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità e le cure intermedie, oltre alle funzioni e prestazioni medico-legali. La rete territoriale pertanto dispone di un'offerta propria, alternativa all'ospedale per prestazioni di bassa complessità assistenziale.

è in grado di generare una propria offerta e capacità di attrazione alternativa all'ospedale per prestazioni di bassa intensità e complessità assistenziale.

Le nuove **dimensioni aziendali** delle ASST e con esse i relativi assetti organizzativi sono funzionali all'esigenza di condivisione delle risorse produttive e di superamento della frammentazione nonché della distinzione "ospedale vs territorio" e "sanitario vs sociosanitario".

Il processo di trasformazione in ASST delle precedenti aziende, rappresenta una svolta organizzativa che consente flessibilità e maggiore possibilità di adattamento alle mutate caratteristiche dei processi d'offerta, in risposta ai cambiamenti della domanda di salute e all'aumento di fasce di pazienti a forte necessità di integrazione (cronici, anziani fragili, ecc.). In particolare, la nuova ASST deve fornire risposte efficaci e di qualità alla domanda di pazienti cronici (andamento evolutivo di malattia, complicanze e comorbidità) e in generale di pazienti caratterizzati da contatti ripetuti con il SSR, sia interni che esterni all'ospedale ('frequent user'). Oltre a un orientamento aziendale verso il soddisfacimento dei bisogni dell'utenza, è necessario un mutamento culturale tra gli operatori, che devono incrementare la loro capacità di operare all'interno di 'processi organizzativi', e non solo per ambiti specialistici/discipline.

Con l'istituzione delle ASST, il legislatore ha inteso rispondere al bisogno di integrazione e continuità delle cure sviluppando un **nuovo modello di azienda** che garantisca al suo interno tutte le attività e i servizi della filiera erogativa

L'articolazione delle ASST in due distinti settori, ospedaliero e territoriale, non deve riprodurre una separazione tra momenti erogativi diversi, ma rappresenta la cornice organizzativa entro la quale ricomporre un **ambito unitario di erogazione**, più funzionale ai bisogni del paziente, attraverso **processi orizzontali di raccordo** della rete dei servizi, sia interni che esterni alla stessa ASST.

Gli indirizzi del presente documento integrano le Linee Guida già fornite nel 2003 e i successivi aggiornamenti (DGR VII/14049 dell'8/8/2003, DGR VIII/7289 del 19/5/2008, DGR IX/ 3822 del 25/7/2012) e forniscono criteri per la stesura dei POAS delle nuove ASST, in considerazione delle mutate esigenze. A dette Linee Guida si rimanda per quanto riguarda la definizione del modello Dipartimentale (gestionale, funzionale, d'organo, interaziendale funzionale, ecc.) e la descrizione di specifiche funzioni, quali ad es. funzioni di Risk Management, di Ingegneria Clinica, Reti di Patologia, S.I.A., etc.

La redazione dei POAS delle ASST dovrà essere ispirata ai **princìpi** declinati dalle Regole 2016 (dgr X/4702 del 29/12/2015), richiamati nel seguito:

- modelli organizzativi in grado di implementare anche la gestione di processi orizzontali oltre alla classica articolazione organizzativa per branche specialistiche e competenze. La Direzione Strategica si deve dotare di idonei strumenti organizzativi atti a condividere i nodi chiave delle azioni programmatorie in una logica integrata fra le diverse funzioni: amministrativa, sanitaria e sociosanitaria.
- adozione di strumenti di organizzazione secondo la <u>logica della rete</u> sia interna che esterna, che si caratterizza per il lavoro comune, basato su regole esplicite, di persone/gruppi la cui opera è interdipendente. Tali soggetti accettano, quindi, di organizzare le proprie relazioni per ottenere vantaggi per la propria attività e soprattutto per gli utenti non conseguibili altrimenti.
- Ricostruzione della <u>filiera erogativa fra ospedale e territorio</u>; in tale contesto il criterio prevalente è
  quello della <u>presa in carico</u> del paziente, evitando la frammentazione dei processi e la suddivisione dei
  servizi fra area ospedaliera e territoriale: il punto organizzativo di accesso al servizio deve essere
  organizzato secondo procedure che consentano di intervenire, nel percorso di cura, al livello erogativo
  più appropriato.

Pur se alcuni ambiti organizzativi principali hanno componenti simili tra le diverse ASST, i processi di erogazione tipicamente variano a seconda delle situazioni, e tale eterogeneità dei processi non consente di standardizzare un 'modello organizzativo unico' di riferimento regionale.

Le Direzioni Aziendali sono pertanto chiamate ad adattare alle specificità locali, in funzione degli obiettivi aziendali le linee di indirizzo strategico qui fornite.

# AMBITI DI COGENZA (VINCOLI NORMATIVI)

Per quanto riguarda i vincoli relativi al recepimento del DM 70/2015, le ASST devono rispettare la programmazione Regionale per la riorganizzazione della rete d'offerta attraverso la riconversione, trasformazione o riqualificazione di posti letto all'interno di una stessa area omogenea (o laddove tale ipotesi non sia percorribile, fra aree omogenee differenti. L'obiettivo è accorpare più attività per accentrare i volumi e la casistica, eliminando inutili doppioni (ad esempio UO di analoghe discipline).

Sono stati in particolare individuati dei potenziali eccessi d'offerta nelle **aree chirurgica**, **ortopedica e materno-infantile**, dell'alta specialità (in particolare neurochirurgia, emodinamica e chirurgia vascolare) e delle terapie intensive.

Per quanto riguarda le alte specialità con successivi provvedimenti della Giunta Regionale, verranno stabiliti i criteri per operare il riordino della rete, tenendo conto di volumi ed esiti di attività e delle necessità di distribuzione omogenea delle UO di alta specialità che sono coinvolte nelle reti tempo-dipendenti. Nel predisporre i POA aziendali, le ASST saranno comunque chiamate a operare una valutazione relativa al rispetto degli indicatori di volume ed esito già indicati nel regolamento di cui al citato DM70. Nei casi in cui tali indicatori si pongono al di sotto delle soglie minime e la posizione di responsabile di struttura sia vacante o in scadenza, le ASST potranno inserire la UO solo a carattere temporaneo, evitando di coprire le posizioni vacanti e condizionando la durata degli incarichi alle indicazioni che verranno successivamente stabilite dalla Giunta Regionale.

Per quanto riguarda le UO di chirurgia generale, ortopedia, nefrologia e terapia intensiva, vengono di seguito indicati i criteri che disciplinano la possibilità di confermare gli assetti esistenti: va precisato che in questi casi l'eventuale rimodulazione della struttura da complessa a semplice non comporta alcuna riduzione dei punti di erogazione ma si limita ad aggregare a livello aziendale la funzione di responsabilità dell'UO, che potrà gestire più presidi erogativi.

## Uo di chirurgia generale

Il mantenimento del carattere di UOC di una struttura di chirurgia generale richiede l'esecuzione di almeno 200 procedure annue quale somma di quelle elencate nella tabella

Intervento chirurgico per TM colecisti: volume di ricoveri				
Intervento chirurgico per TM colon: interventi in laparoscopia				
Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri				
Intervento chirurgico per TM esofago: volume di ricoveri				
Intervento chirurgico per TM fegato: volume di ricoveri				
Intervento chirurgico per TM mammella totale				
Intervento chirurgico per TM pancreas: volume di ricoveri				
Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri				
Intervento chirurgico per TM retto: volume di interventi				
Intervento chirurgico per TM stomaco: volume di ricoveri				

### Terapia Intensiva.

E' richiesta di riduzione delle UOC avendo come riferimento la riduzione di almeno una struttura complessa per tutte le ASST che ne hanno più di 2

### Nefrologia:

E' richiesta di riduzione delle UOC avendo a riferimento un'unica UOC per ASST, in grado di governare anche le diverse unità di offerta aziendali

## Ortopedia

Il mantenimento del carattere complesso di una UO di ortopedia è dato dall'esecuzione di almeno 200 fra le prestazioni quale somma di quelle elencate nella tabella

Artroscopia di ginocchio: volume di ricoveri				
Frattura del collo del femore: volume di interventi chirurgici				
Frattura del collo del femore: volume di ricoveri				
Frattura della Tibia e Perone: volume di ricoveri				
Sostituzione di ginocchio: volume di ricoveri				

Nelle proposte di POAS, le ASST dovranno pertanto individuare le UOC da ricondurre a strutture semplici secondo i criteri sopra richiamati, indicando che:

- 1) In caso in cui la posizione di responsabile di UO è vacante e coperta da un vicario, la trasformazione deve avvenire dalla data di approvazione del POAS
- Nel caso in cui la posizione è coperta da un responsabile la data di soppressione della UOC, da conseguire comunque entro la scadenza del POAS, in funzione della scadenza dell'incarico del responsabile.

# NUOVA ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA DELLE ASST: STRATEGIE ORGANIZZATIVE

L'articolazione organizzativa delle ASST deve essere sviluppata in linea coi principi richiamati, secondo una lettura che superi la classica organizzazione basata su discipline, competenze o attività, e dia maggiore enfasi a una visione per "processi". La nuova ASST deve rispondere a una logica unitaria, in grado di superare i tradizionali confini ospedalieri degli interventi in acuzie o in elezione, di integrare l'attuale separazione tra ambiti sanitari e sociosanitari coinvolgendo molteplici discipline e figure professionali, e di garantire la presa in carico del paziente lungo l'intero percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale, anche prescindendo da rigidi vincoli territoriali.

Le ASST sono pertanto chiamate a **disegnare un'articolazione aziendale** che, mantenendo un contesto fortemente unitario:

- garantisca una buona **efficienza produttiva**, ad esempio attraverso un'allocazione flessibile delle risorse produttive (sala operatoria, posto letto, ambulatorio, risorse umane, ecc.);

- sia orientata alla **presa in carico** della persona nel suo complesso, anche attraverso la valutazione multidimensionale, nel rispetto dei criteri definiti dall'ATS;

\_

- si apra a una lettura trasversale dell'organizzazione, rinforzando **processi orizzontali**, tra diversi servizi, unità d'offerta e livelli di erogazione atti a garantire al paziente la necessaria integrazione e continuità di cura;
- modelli la logistica del paziente sulla base dei percorsi ospedalieri e territoriali, programmando l'utilizzo delle risorse dei vari punti di erogazione attraversati dal paziente (servizi diagnostici, posti letto, ambulatori, consultori, servizi territoriali, ecc.) secondo piattaforme logistico-produttive (processi) che massimizzino l'efficacia e l'efficienza produttiva (ad es. raggruppando pazienti/processi con bisogni omogenei, per tipo di intervento in funzione della fase di malattia, per fasce d'età, per organo, intensità di cura, complessità assistenziale, etc.);
- modelli la **logistica dei beni** (dispositivi medici, farmaci, ecc.) rendendo disponibile quanto serve nei tempi e luoghi adeguati per garantire efficienza, appropriatezza e puntualità nei flussi di materiali verso i processi primari;
- modelli la logistica dei flussi informativi, rendendo disponibili dati/informazioni a supporto della gestione dei percorsi di cura, lungo le varie fasi del processo erogativo, per garantire efficienza, appropriatezza e puntualità;
- sviluppi funzioni di gestione operativa con il compito di programmare l'utilizzo di risorse condivise secondo modalità operative funzionali ai processi orizzontali di cura, concordando in modo dinamico con le varie unità erogative la disponibilità di strutture, spazi, attrezzature, e risorse umane, sulla base delle rispettive esigenze.

## Mappatura dei processi organizzativi

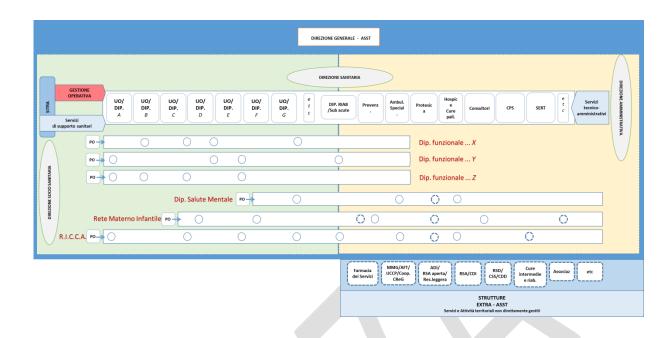
E' evidente la necessità di una mappatura analitica dei macroprocessi aziendali secondo un approccio centrato sul paziente, con la rappresentazione delle varie fasi, attività, risorse e competenze coinvolte, l'analisi dei flussi logici di attività e soprattutto dei processi trasversali alle strutture organizzative - che si tratti di ambiti funzionali o gestionali, ospedalieri o territoriali, strutture interne o esterne all'azienda.

Nell'ambito di un contesto esteso, complesso e a forte necessità di integrazione, quale quello tipico della nuova ASST, la mappatura dei processi deve evidenziare le **correlazioni e interdipendenze tra attività/nodi** della rete d'offerta che necessitano di un coordinamento specifico, per favorire collaborazioni tra i nodi aziendali (e interaziendali) maggiormente funzionali alle esigenze del paziente.

L'organizzazione dipartimentale specifica già implementata nelle precedenti Aziende Ospedaliere andrà reingegnerizzata in funzione dei principi sopra espressi, con riferimento sia ai <u>processi primari</u> di erogazione che ai <u>processi di supporto</u> sanitari (diagnostica, servizi farmaceutici, ingegneria clinica, risk management, ecc.) e non sanitari (sistemi informativi, acquisti, gestione del personale, servizi alberghieri, etc.).

# Esempi di articolazioni organizzative funzionale delle ASST

La **Figura 1** rappresenta lo schema funzionale che viene fornito come riferimento esemplificativo che individua l'articolazione organizzativa dell'ASST



L'organizzazione per **dipartimenti gestionali**, nel rispetto della L.502/92 continua ad essere il modello aziendale di riferimento per l'erogazione delle prestazioni (area di produzione, **che risponde alla direzione sanitaria**. Oltre ai dipartimenti gestionali del polo ospedaliero, le aziende dovranno indicare l'articolazione prevista (in termini di dipartimenti, UOC, UOSD e UOS) del polo territoriale cui afferiscono le diverse funzioni nel seguito descritte.

Nella nuova ASST si dovrà inoltre **promuovere** il governo dei processi orizzontali, rispondenti alla responsabilità della Direzione Socio Sanitaria, siano essi prevalentemente ospedalieri (ad esempio, Trauma Team, Urgenza Emergenza, Dipartimenti di Organo, ecc.), che collegati all'integrazione fra ospedale e territorio.

Le aziende potranno, a seconda del contesto, utilizzare due diverse modalità per organizzare i processi trasversali, come veri e propri 'Dipartimenti Funzionali', oppure attraverso l'attribuzione di funzioni di 'Process Owner' (responsabile di processo). Entrambe le modalità organizzative illustrate nella figura devono garantire il governo di processi trasversali:

- il Process Owner intercetta aggregazioni di UO/Dipartimenti già ben strutturati nell'ASST. Il responsabile del processo non deve essere necessariamente identificato in un profilo medico in quanto, in una 'visione per processi', le responsabilità sono di tipo organizzativo sul processo. Il Process Owner ha quindi il compito di assicurare modalità di gestione dell'intero processo, operando in modo trasversale alle unità d'offerta, indirizzando le risorse verso risultati di efficacia ed efficienza complessiva e promuovendo il miglioramento continuo. Potrà avere competenze variabili a seconda delle specificità, ma dovrà avere forti capacità di mediazione. Il Process Owner in particolare dovrà assicurare quanto segue:
  - facilitare l'integrazione tra le risorse dedicate al processo nelle varie UO/Dipartimenti
  - o mantenere un confronto costante con i responsabili delle varie unità d'offerta
  - o il monitoraggio delle prestazioni
  - l'analisi delle fasi del processo suggerendo azioni di miglioramento ai responsabili delle funzioni su cui insiste il processo stesso; garantire il raccordo anche con i pazienti, limitatamente a particolari situazioni di criticità.

 un'organizzazione per dipartimenti funzionali si basa su un insieme di USC/SSD aggregate sulla base dei processi di cura, coordinati secondo criteri organizzativi uniformi e indirizzi tecnicoscientifici condivisi (ad es. PDTA per standardizzare la sequenza delle attività di diagnosi, cura e assistenza), perseguendo obiettivi di miglioramento della performance e di efficienza delle singole U.O.; il responsabile del Dipartimento Funzionale è identificato in un profilo di tipo medico.

I due modelli non rappresentano assetti alternativi e statici, ma possono essere implementati anche con modalità mista e variabile, a seconda delle specificità locali.

E' evidente che all'istituzione di nuovi Dipartimenti Funzionali dovrà corrispondere una riduzione del numero di Dipartimenti Gestionali, a garanzia della compatibilità economica aziendale.

## Aree di produzione

L'assetto organizzativo dell'ASST è rappresentato nel **box blu**, suddiviso in un settore polo ospedaliero (area verde sulla sinistra) e un settore territoriale (area gialla sulla destra). Le aree di produzione sanitaria e sociosanitaria sono sviluppate orizzontalmente nella **barra orizzontale** della parte alta della Figura, e rappresentate in *piccoli box* che rappresentano i "nodi" aziendali di erogazione, che possono essere già costituiti nelle ASST come 'Dipartimenti Gestionali' (Dipartimento di Chirurgia, di Medicina, Materno-Infantile, di salute mentale etc.), oppure come 'Unità Operative' (ad es. UO Medicina 1, UO Medicina 2, UO Geriatria, etc.), o con modalità mista.

Ciascun **nodo** della barra orizzontale superiore può a sua volta essere costituito da varie componenti, sia in ambito ospedaliero, sia in ambito territoriale.

In ambito ospedaliero (area di sinistra), le attività cliniche possono essere organizzate verticalmente ad esempio per specialità medica (neurologia, cardiologia, ...)., chirurgica (chirurgia generale, cardiochirurgia, ....), riabilitativa o post-acuta (riabilitazione, aree subacute, cure intermedie), oppure per intensità di cure, per aree omogenee, per fase di malattia (acuzie, post-acuzie, etc.).

In una visione per processi, ogni ambito clinico specialistico utilizzerà le aree produttive in relazione alle esigenze specifiche, che potranno variare nel tempo.

**In ambito territoriale** sono rappresentate diverse tipologie di servizi erogati da varie unità d'offerta, in particolare:

- unità d'offerta aziendali (parte destra della barra in alto) che dipendono direttamente dall'ASST, quali ad esempio prevenzione, ambulatori, protesica, hospice, cure palliative, consultori familiari, CPS, SERT, ecc. POT E PRESST non sono espressamente indicati nella figura, in quanto rappresentano articolazioni complesse di diverse unità erogative, aggregate con modalità eterogenee nei singoli presidi.
- <u>unità d'offerta e nodi della rete extra-aziendali</u> (riquadro azzurro in basso a destra), che non sono direttamente gestiti dall'ASST e che intervengono nel processo di cura con attività specifiche, talvolta supportate da diverse forme di Associazionismo. Tra questi, a titolo esemplificativo:
  - o Farmacia dei servizi
  - MMG, organizzati in AFT/UCCP/Cooperative CReG
  - o ADI
  - Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani (RSA) e Centri Diurni Integrati (CDI) anche come erogatori di misure innovative (RSA aperta)
  - o Residenze Sanitarie Assistenziali per Disabili (RSD), Comunità Socio Sanitarie (CSS), Centri Diurni per persone con disabilità (CDD)
  - Rete delle Cure Intermedie e della Riabilitazione
  - Hospice
  - o Consultori familiari
  - o SMI e comunità per le dipendenze

 Associazioni del Terzo Settore, di volontariato, di pazienti/familiari a supporto delle varie attività di cura e assistenza (es. orientamento nell'accesso ai servizi, mutuo-aiuto, counseling, umanizzazione, etc.).

## <u>Processi trasversali di cura e assistenza</u> (sanitari e sociosanitari)

Nella parte inferiore dello schema funzionale di fig.1 sono rappresentati invece i **processi di cura e assistenza**, funzionali alla presa in carico di diverse tipologie di pazienti nel contesto di percorsi clinico-assistenziali specifici, che possono intercettare punti diversi di erogazione (ospedalieri/territoriali, sanitari/sociosanitari) in particolare nell'ambito di:

- a) Rete della Salute Mentale
- b) Rete Integrata Materno-Infantile
- c) Rete Integrata per la Continuità Clinico assistenziale per la presa in carico del paziente cronico
- d) Reparti/divisioni, prevalentemente ospedalieri, preposti a processi specifici rappresentati dalle barre sovrastanti (ad es. percorsi riabilitativi, oncologici, etc.).

Va osservato che le reti materno infantile e di salute mentale possono sovrapporsi parzialmente o completamente con gli omonimi dipartimenti gestionali: in tal caso i dipartimenti assumono sia valenza gestionale che funzionale.

I "processi orizzontali" rappresentati nella figura non vanno confusi col percorso che il paziente effettua nel tempo, all'interno e all'esterno dell'ASST, per prestazioni diagnostiche, di cura, riabilitative e assistenziali, che possono variare in relazione alla patologia e ai PDTA condivisi. La rappresentazione individua i diversi nodi (punti di erogazione) dell'ASST intercettati dai vari processi e non va pertanto letta come una sequenza 'cronologica' di eventi nell'ospedale o sul territorio. La posizione e le lunghezze variabili delle barre rappresentano, in modo schematico e indicativo, la collocazione prevalente delle unità coinvolte in ambito ospedaliero o territoriale, e la quantità (variabile) di servizi/unità d'offerta coinvolti.

All'interno delle barre orizzontali sono rappresentati i nodi della rete - aziendali/extra-aziendali - intercettati dal processo di cura (cerchi):

- nodi non a diretta dipendenza dall'ASST, rappresentati con una linea tratteggiata;
- nodi che dipendono direttamente dall'ASST rappresentati con una linea continua.

A seconda delle esigenze aziendali, tali nodi possono essere costituiti da USC, SSD, posizioni organizzative o di coordinamento.

E' necessario che la Direzione strategica gestisca il processo di **reingegnerizzazione con una visione di lungo periodo**, che tenga conto anche della dinamicità dei processi.

La strategia aziendale di aggregazione dei processi (e la conseguente scelta tra un'articolazione per 'dipartimenti funzionali', "process owner", o mista) potranno variare in funzione degli <u>obiettivi strategici</u> (regionali, aziendali), dei <u>fattori di contesto ambientali</u>, (ad esempio la densità di popolazione, la struttura territoriale dell'offerta, il bacino d'utenza, gli assetti geografici), e <u>fattori di contesto aziendali</u> (assetto storico, tipologie di processi da gestire, risorse strutturali, tecnologiche, finanziarie), delle risorse umane (in termini quantitativi, di competenze, di turn-over delle qualifiche) e, non da ultimo, il 'clima' aziendale a lo stato degli accordi sindacali (un clima organizzativo cooperativo è infatti una delle chiavi di successo per una transizione organizzativa sostanziale come quella in essere nelle ASST).

In tale prospettiva assume un ruolo importante l'introduzione della funzione aziendale della 'Gestione Operativa', deputata a fornire supporto alla direzione strategica, ai dipartimenti e al SITRA nel governo dei processi di produzione e nei percorsi di presa in carico (compresi i servizi di front office e le centrali

operative), in analogia con le già consolidate funzioni dei sistemi informativi, di controllo di gestione e di qualità.

Inoltre, il processo di reingegnerizzazione dovrà tener conto dell'evoluzione del sistema tariffario avviata dalla Regione e prevista all'art. 9 della L.R. 23/2015,) verso una remunerazione a percorso di cura. Per alcuni percorsi (percorso dialisi, tumore della mammella, PTCA-angioplastica coronarica, etc.....), la Regione sta già sperimentando delle tariffe 'bundled' (a pacchetto), omnicomprensive delle prestazioni necessarie per la presa in carico dell'assistito. Sperimentazioni in tal senso sono state avviate per i percorsi dei pazienti cronici, in vari ambiti (POT, Cooperative di MMG CREG). Tali sistemi di remunerazione - alternativi ai sistemi di remunerazione 'a prestazione' (fee-for-service) - incentivano l'integrazione tra i servizi per la presa in carico del paziente e l'appropriatezza delle prestazioni erogate, e promuovono la responsabilizzazione del soggetto erogatore/gestore del percorso.

# **ORGANIZZAZIONE**

Nel seguito vengono forniti indirizzi per la definizione dell'organizzazione aziendale in grado di dare attuazione allo schema funzionale di cui al capitolo precedente.

Si mantiene un organigramma aziendale basato su:

- Direzione generale e unità operative di staff alla direzione generale
- Direzione Amministrativa, che preside e coordina le funzioni amministrative
- Direzione Sanitaria, che presiede ai dipartimenti gestionali del settore ospedaliero ed è responsabile delle funzioni igienistico/organizzative delle unità d offerta territoriali
- Direzione Sociosanitaria che presiede alla gestione dei percorsi di presa in carico dei pazienti attraverso le forme organizzative (dipartimenti funzionali, reti, process owner) già descritte

Nei paragrafi successivi vengono forniti indirizzi di riferimento relativi alle funzioni di staff e alla composizione dei diversi ambiti dipartimentali. Sono state inserite indicazioni specifiche legate ai servizi che, in ragione dell'evoluzione del ruolo delle ASST determinato dalla riforma, subiscono modifiche rispetto all'assetto organizzativo attuale. Laddove non precisato si intende mantenuto l'assetto attuale.

# DIREZIONE GENERALE E UNITÀ OPERATIVE DI STAFF

In staff alla Direzione Generale è possibile prevedere delle funzioni aziendali che possono essere collocate in strutture organizzative già definite.

L'elenco delle funzioni non corrisponde necessariamente ad una strutturazione organizzativa in UOC/UOS, che viene lasciata all'autonomia aziendale.

Vi sono alcune funzioni che, in particolare, si ritiene debbano essere collocate in staff alla Direzione Generale in forza della normativa regionale o statale e, comunque, in ragione della loro trasversalità e della necessità di assicurare quanto più possibile la posizione di terzietà e indipendenza di chi è chiamato al loro svolgimento rispetto all'intera organizzazione aziendale.

Tali funzioni si riferiscono a:

#### Avvocatura

Cura la rappresentanza e la difesa in giudizio dell'amministrazione avanti la magistratura ordinaria, amministrativa e contabile.

L'avvocatura provvede in particolare:

- a) alla tutela legale dei diritti e degli interessi dell'amministrazione;
- b) alla difesa in giudizio dell'amministrazione;
- c) a formulare al Direttore Generale richieste e proposte in ordine all'eventuale affidamento di incarichi a legali esterni, quando questo si renda necessario con riferimento alla specificità delle

materie trattate o al livello della sede giurisdizionale, e quando i giudizi si svolgono fuori dalla circoscrizione di competenza.

## • Trasparenza e anticorruzione

Cura le procedure anticorruzione - anche nel quadro delle recenti norme nazionali - e le misure in materia di trasparenza e legalità, definisce le procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori a rischio corruzione, adotta le indicazioni e gli strumenti idonei per il monitoraggio degli adempimenti di legge finalizzati alla prevenzione della corruzione. Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza coordina e gestire le attività e gli adempimenti in tema di anticorruzione e trasparenza ai sensi della l. 190/2012, programma le attività connesse al Piano triennale di prevenzione della corruzione e i relativi adempimenti. Verifica l'effettiva rotazione degli incarichi nelle aree a rischio. Cura inoltre la gestione dell'istituto dell'"Accesso Civico" e gli adempimenti relativi alla sezione "Amministrazione Trasparente" in raccordo con le strutture competenti per materia.

- URP/UPT/comunicazione come indicato nell'Allegato A
- Servizio prevenzione e protezione ai sensi del D.lgs. 81/2008

Altre funzioni, a seconde dei diversi contesti possono essere accorpate in una sola unità operativa ovvero costituire aree omogenee. E' facoltà delle direzioni aziendali proporre una diversa composizione dei servizi di staff inserendo alcune funzioni elencate all'interno della Direzione amministrativa, sanitaria o sociosanitaria o viceversa inserendo in staff UO afferenti a tali direzioni.

Tra queste funzioni si possono comprendere, a titolo esemplificativo:

• **Risk management** La L. n. 208 del 28/12/2015 (Legge di stabilità) agli art. 538-545 detta disposizioni inerenti il Risk Management prevedendo che la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale.

Nel rinviare ai contenuti del predetto provvedimento legislativo che prevedono l'attivazione, da parte delle strutture, di una adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio, si confermano i contenuti già forniti con dgr. 3822/12 con riferimento alle attività tipiche del risk manager:

- o definire gli strumenti per l'individuazione e la valutazione dei momenti di rischio;
- o individuare le criticità;
- individuare strumenti ed azioni per la riduzione dei danni al paziente, al patrimonio e per la riduzione del contenzioso legale. Definizione delle strategie per migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine dell'Azienda, sostenere l'attività professionale degli operatori e supportare la direzione regionale nel definire i piani per contenete i costi assicurativi.

Vengono inoltre confermate le funzioni del Gruppo di coordinamento per l'attività di gestione del rischio ed il Comitato valutazione sinistri, composto di norma da: -) risk manager con conoscenza diretta di tutta la sinistrosità aziendale; -) ufficio legale assicurativo; -) avvocato; -) medico legale; -) direzione sanitaria; -) eventualmente compagnia assicurativa; -) broker.

La corretta gestione dei sinistri in proprio implica l'espletamento, tra le altre, delle seguenti attività di competenza:

- organizzazione della raccolta di informazioni;
- valutazione delle responsabilità;
- valutazione delle tipologie ed entità di danni;
- proposta di definizione del sinistro;

• integrazione dei data base esistenti e quantificazione dell'accantonamento a bilancio.

La collocazione in staff alla Direzione Generale è anche finalizzata alla gestione del contenzioso in stretto collegamento con medicina legale e avvocatura.

#### Qualità

Si richiama il principio di qualità prestazionale a cui, ai sensi dell'art. 2 c. 1 della l.r. 33/09, devono conformarsi la programmazione, la gestione e l'organizzazione del SSR, nonché l'importanza della valutazione della qualità dei servizi che è ricompresa tra le funzioni della Regione.

### Controllo di gestione

Svolge funzioni relative a: predisposizione del budget aziendale individuando dati e serie storiche aziendali necessari alla sua costruzione, definizione degli indicatori che misurano gli obiettivi aziendali, preparazione del flusso trimestrale e annuale di contabilità analitica aziendale con imputazione dei costi ai centri di responsabilità/di costo, individuazione delle relazioni tra i dati/indicatori e le cause degli scostamenti rilevati comunicandoli alla direzione e proposta delle eventuali azioni di miglioramento, predisposizione dei modelli relativi al LA annuale., supporto alla funzione acquisti nella verifica delle comparazioni di costo e delle migliori esperienze d'acquisto.

### • Gestione Operativa

La Gestione Operativa ha il compito di programmare le attività ospedaliere relative a sale operatorie, posti letto e ambulatori e di definire l'efficiente utilizzo dei tempi di servizio (settimanale, mensile, etc.) delle suddette attività, che deve contemperare alle esigenze delle diverse Unità Operative. Le attività sono svolte all'interno dei vincoli e delle regole date dalla Direzione Sanitaria e/o Sociosanitaria. All'interno di tali regole, la Gestione Operativa pianifica in maniera efficiente la condivisione delle risorse e delle attrezzature, anche in sinergia col SITRA e col supporto dei Sistemi Informativi Aziendali, rendendo disponibili le risorse necessarie nei tempi, nei luoghi e nelle modalità adeguate. Per quanto riguarda il Pronto Soccorso, la Gestione Operativa deve garantire e potenziare le capacità di previsione dell'afflusso di pazienti - utilizzando le serie storiche di dati di funzionamento del PS - al fine di attivare le azioni necessarie nei casi di afflusso superiore all'ordinario o in situazioni di sovraffollamento (secondo quanto previsto dal Piani di Prevenzione del Sovraffollamento).

# • I Sistemi informativi aziendali (SIA) ASST

La l.r. 23/2015 ha posto particolare accento al ruolo dei sistemi informativi nell'ambito aziendale, declinando compiti e scadenze per raggiungere gli obiettivi uniformando i sistemi.

Si confermano quindi le precedenti indicazioni (DGR VIII/007289/2008) rispetto alla collocazione della Struttura Sistemi Informativi aziendali (SIA) in staff alla direzione strategica.

E' inoltre è stato introdotto nelle ASST il polo territoriale con la relativa direzione socio-sanitaria: è quindi essenziale che la struttura si organizzi in modo da sviluppare al proprio interno le funzioni legate alla-progettazione, attuazione e gestione del sistema informativo della rete con l'obiettivo di rilevare costantemente la situazione della cronicità nell'ambito della ASST, rilevare le dinamiche della domanda /offerta territoriale, integrare le informazioni aziendali in ambito sanitario, sociosanitario e sociale, progettare e fornire all'area direzionale un sistema di reporting finalizzato al controllo operativo e alla verifica della efficacia e della efficienza della rete.

E' inoltre è stato introdotto nelle ASST il polo territoriale con la relativa direzione socio-sanitaria: è quindi essenziale che la struttura si organizzi in modo da sviluppare al proprio interno competenze per la gestione della componente territoriale, e per lo sviluppo di servizi di centrale servizi ed in particolare che si attui uno specifico raccordo sulla rete della cronicità.

### Compiti della struttura SIA

Lo sviluppo dei sistemi informativi è rivolto al miglioramento della gestione dei singoli servizi, all'ottimizzazione delle procedure organizzative e alla razionalizzazione dell'uso delle risorse.

La gestione strutturata delle informazioni può migliorare l'efficienza di un servizio, consentire di rivedere i percorsi organizzativi di un reparto, di un presidio ospedaliero, di facilitare l'introduzione di scelte operative efficienti.

In particolare il SIA deve occuparsi della gestione progettazione e sviluppo di un sistema informativo aziendale idoneo alla gestione dell'azienda nelle sue molteplici funzioni cliniche, amministrative, gestionali, tecniche ed ora anche legate all'erogazione dei servizi socio-sanitari: è necessario quindi un raccordo funzionale

Fra i suoi principali compiti specifici rientrano:

- adeguamento costante del sistema informativo per il controllo di tutti i dati aziendali, finalizzati sia al soddisfacimento delle necessità informative interne all'azienda per la gestione, pianificazione e programmazione delle proprie attività sia al soddisfacimento del debito informativo dell'azienda nei confronti di Regione, dei ministeri e di ogni altra istituzione che ne abbia titolo:
- definire l'architettura informativa aziendale in coerenza con l'impostazione definita e concordata a livello territoriale almeno di ATS
- o fornire il supporto anche di tipo organizzativo alla revisione dei processi interni, in particolare quelli legati all'accoglienza
- realizzare i necessari interventi per garantire l'interoperabilità dei sistemi, sulla base delle indicazioni regionali
- o coordinare gli interventi per la sicurezza, rispettare la privacy.

## • Servizio Ingegneria Clinica

Il Servizio di Ingegneria Clinica, già previsto nelle "Linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale delle aziende sanitarie e degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia" (DGR n. IX/3822 del 25.07.2012) al punto 3), dovrà avere le seguenti caratteristiche:

- 1. struttura che opera direttamente in staff alla Direzione Generale;
- 2. servizio diretto da un ingegnere, di norma biomedico o clinico, o ad indirizzo biomedico, secondo quanto indicato dalla Raccomandazione n. 9 Aprile 2009,
- 3. dovrà occuparsi dell'aspetto gestionale e strategico delle tecnologie biomediche (Dispositivi medici, software dispositivo medico, dispositivi medici diagnostici in vitro, dispositivi medici impiantabili attivi) sia in ambito ospedaliero che territoriale e domiciliare<sup>1</sup>, con l'obiettivo primario di garantire l'uso sicuro, appropriato e vantaggioso dal punto di vista economico e della sicurezza di tutte le tecnologie; all'interno delle ASST, il servizio dovrà occuparsi della valutazione e gestione dei dispositivi inseriti nell'elenco n. 3) del Nomenclatore Tariffario delle Protesi (All. 1 al DM n. 332 del 27.08.1999), nonché dei dispositivi, inseriti negli elenchi n. 1) e 2), per i quali sia possibile un riutilizzo;
- 4. dovrà svolgere un ruolo di supporto per quanto concerne l'aspetto gestionale e strategico delle tecnologie, attraverso le seguenti attività: programmazione e valutazione acquisti, manutenzione diretta o controllo della manutenzione delle apparecchiature in dotazione all'azienda, valutazioni di Hospital based Health Technology Assessment finalizzate all'introduzione di nuove tecnologie, supporto al processo di integrazione ospedale-territorio<sup>2</sup>, information technology in ambito sanitario e attività di ricerca.

-

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Recepimento del nuovo assetto derivante dalla LR 23/2015.

## **DIREZIONE AMMINISTRATIVA**

È lasciata alla scelta autonoma delle aziende l'opportunità di costituire, in line alla direzione amministrativa un Dipartimento Amministrativo, non espressamente previsto nel testo novellato della l.r. 33/09, al quale fare afferire tutte le attività a valenza trasversale di interesse della Direzione Strategica e delle altre strutture aziendali.

Per ogni articolazione organizzativa della direzione amministrativa, che di seguito viene specificata, va precisata la necessità di prevedere un raccordo con le funzioni di coordinamento, programmazione e controllo per il governo dei fattori produttivi che sono in capo alle ATS.

### Servizio Gestione Acquisti

Garantisce la soddisfazione dei fabbisogni necessari all'attività dell'azienda attraverso la programmazione degli acquisti di beni, servizi e lavori e la rilevazione dei relativi costi, predisponendo ove necessario direttamente i documenti tecnici alla base delle procedure di gara autonome e a supporto della preparazione di procedure effettuate dai livelli di acquisto aggregati o centralizzati.

Organizza le attività di esecuzione del contratto supportando i DEC (Direttore esecuzione del contratto) di specialisti con le professionalità atte a verificare la qualità nell'esecuzione del contratto e l'applicazione di adeguate azioni correttive.

Le funzioni dovranno essere tenute quanto più possibile separate e l'azienda dovrà puntare ad una rotazione del personale, almeno per ambiti e aree d'azione.

Rientrano nel servizio gestione acquisti le attività d'acquisto economali.

Al fine di integrare l'attività delle gare aggregate nelle unioni formali d'acquisto/consorzi si prevede la possibilità di costituire funzioni interaziendali di gestione acquisti fra diverse ASST della stessa unione formale d'acquisto (l'organizzazione dei raggruppamenti d'acquisto prevede, in questo momento, nel perimetro una o più ATS), assegnando le funzioni di coordinamento a una U.O. Complessa di Gestione Acquisti di un'ASST. E' consigliabile, nel limite del possibile prevedere una rotazione della funzione di coordinamento di questa funzione, se implementata, fra le diverse aziende.

L'ASST avrà un rapporto diretto con la propria unione di acquisto/ATS di riferimento, la quale è responsabile dell'attività di coordinamento della programmazione acquisti aggregata ed autonoma, della verifica in raccordo con ARCA dell'assegnazione dell'ASST capofila nelle singole procedure di gara aggregate, e del monitoraggio della tempistica, efficienza ed efficacia nell'effettuazione e gestione del piano gare.

## Affari Generali e Legali

Provvede alla trattazione degli affari generali, e agli adempimenti di interesse dell'Azienda e delle sue articolazioni operative; segue l'intero iter procedurale degli atti deliberativi dell'azienda e supporta le strutture aziendali sotto il profilo giuridico amministrativo. La gestione del contenzioso afferisce invece direttamente al Direttore Generale.

Cura la segreteria degli Organi ed Organismi collegiali dell'Azienda: Collegio Sindacale; Collegio di Direzione; Nuclei di valutazione, Consiglio dei Sanitari.

#### Comprende:

- Attività Istituzionali: cura la rete di rapporti e relazioni dell'azienda con il mondo esterno nell'area della comunicazione; la gestione dei rapporti con i vertici istituzionali di Enti e soggetti pubblici e privati invece afferisce al Direttore generale.
- Protocollo.
- Adempimenti relativi alla Pubblicazione degli atti.
- Gli Uffici relazioni con il Pubblico e di Pubblica Tutela.
- Adempimenti Privacy in raccordo con i sistemi informativi.

## **Servizio Gestione Risorse Umane**

Attua gli indirizzi gestionali espressi dalla Direzione Aziendale, quale struttura di pianificazione, di reclutamento, di amministrazione, di sviluppo di carriera del personale dipendente. Svolge le seguenti funzioni:

- Gestione giuridica dei dipendenti: Acquisisce personale attraverso procedure concorsuali, di mobilità o attraverso convenzione. Garantisce la corretta applicazione della normativa nella gestione del personale. Cura la tenuta dei fascicoli elettronici. Gestisce la rilevazione delle presenze e dei permessi. Supporta l'Ufficio Procedimenti Disciplinari. Le procedure concorsuali per il reclutamento del personale posso essere svolte anche in forma aggregata determinando la formazione di una graduatoria unico a livello regionale o di area territoriale omogenea. La Giunta regionale predisporrà apposite linee di indirizzo sui criteri di utilizzo di dette graduatorie.
- Formazione e valutazione del Personale: la formazione e l'aggiornamento continuo del personale costituiscono elementi strategici dell'azienda al fine di garantire un costante standard qualitativo delle prestazioni finalizzato al raggiungimento degli obiettivi aziendali. processo di valutazione della performance aziendale e individuale.
- Trattamento economico e previdenziale dei dipendenti: Gestisce le funzioni di liquidazione delle retribuzioni del personale dipendente. Garantisce la corretta applicazione della normativa sulla gestione del personale nei suoi aspetti economici, previdenziali e fiscali. Gestisce il trattamento di previdenza e quiescenza
- Rapporti con le OO.SS.

### Sistema dei Controlli Interni

Il Sistema supporta la direzione strategica nel conseguimento degli obiettivi aziendali nel rispetto dei canoni di legalità, efficacia, efficienza, economicità e trasparenza dell'azione amministrativa.

Premesso che il controllo di Gestione è opportuno che afferisca direttamente al direttore, nell'ambito del Dipartimento amministrativo dovranno trovare collocazione le seguenti funzioni:

- controllo presenza in servizio del personale dipendente;
- procedimenti in materia di esercizio di attività extra-istituzionali;
- controllo sul rispetto della disciplina delle incompatibilità, come prevista dalle disposizioni di legge e contrattuali;
- verifica del rispetto delle vigenti disposizioni in materia di esercizio della libera professione intra ed extramoenia;
- controllo sul rispetto, da parte del personale convenzionato, della disciplina delle incompatibilità previste da norme di legge e accordi collettivi;
- controlli sulle autocertificazioni, con particolare riguardo a quelle presentate ai fini dell'esenzione dal pagamento delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria;
- controllo atti;
- tutte le altre funzioni di verifica e controllo su mandato della Direzione aziendale.

## Programmazione, Bilancio e Rendicontazione

Svolge funzioni relative a: Redazione del Bilancio Preventivo; Assegnazione delle Risorse economiche agli ordinatori di spesa; Rendicontazioni Trimestrali (CET); Bilancio d'esercizio; Controllo Contabile degli atti amministrativi per verifica della compatibilità economico patrimoniale; cura i rapporti con il Collegio Sindacale; verifica dello stato di contabilizzazione dei contributi connessi ai progetti, cura la tenuta delle contabilità separate; cura le relazioni e i debiti informativi amministrativo-contabili con la Regione; Ministeri e Corte dei Conti; predispone l'attestazione di parifica dei conti giudiziali. Negli Istituti di ricerca verifica inoltre la coerenza, con le registrazioni contabili, delle rendicontazioni dei progetti sia di ricerca corrente sia di ricerca finalizzata al Ministero Salute, all'Unione Europea, alla Regione e agli enti finanziatori.

### Programmazione e monitoraggio dei flussi Finanziari

Svolge funzioni relative a: Predisposizione del Piano dei Flussi di Cassa, Programmazione e monitoraggio; verifica periodica di cassa e tenuta dei rapporti con il Collegio Sindacale per la parte di competenza connessa alla gestione dei flussi finanziari; gestione e riconciliazione dei flussi di cassa G3S; gestione e verifica dei flussi finanziari con l'ATS; rileva e monitora la gestione dei crediti/debiti per stranieri STP; gestione e riconciliazione dati con la Piattaforma Certificazione Crediti; gestione e riconciliazione dati con il SIOPE, cura i rapporti con il Tesoriere; verifica dello stato di solvenza dei crediti; verifica degli incassi dei contributi di parte corrente ed in conto capitale; redige il rendiconto finanziario; cura e verifica il rispetto dei tempi di pagamento verso fornitori; monitora e pubblica l'indicatore di tempestività dei pagamenti – ITP -; cura le relazioni e i debiti informativi connessi con i flussi finanziari con la ATS, Regione, Ministeri, Equitalia e Corte dei Conti.

Negli Istituti di ricerca segue la gestione finanziaria in relazione sia ai progetti di ricerca corrente e ricerca finalizzata ai fini della predisposizione del Piano dei Flussi di Cassa e della relativa richiesta di liquidità.

## **Gestione Contabilità Generale**

Svolge funzioni relative a: tenuta delle scritture e dei libri contabili e fiscali obbligatori, in conformità alle disposizioni di legge, registrazione ed emissione fatture ed in particolare per quanto attiene la fatturazione elettronica import ed export dati e gestione dell'hub regionale, emissione ordinativi di incasso e di pagamento; riconciliazione partitari clienti e fornitori; gestione contabile e riconciliazione dati registro cespiti ammortizzabili, registrazione incassi e riconciliazione dati incassi CUP; gestione contabile del trattamento economico del personale dipendente e non strutturato e versamenti contributi e fiscali; predisposizione delle dichiarazioni fiscali; gestione cessioni di credito; rimborsi ed indennizzi e reintegri. Rileva e riconcilia le partite intercompany.

Cura la gestione dei rapporti con i fornitori e clienti.

## Gestione Contabile attività libero professionale, solvenza ed area a pagamento

Svolge funzioni relative a: tenuta delle scritture contabili separate e dei registri contabili obbligatori, in conformità alle disposizioni di legge, verifica lo stato degli incassi e la presenza dei protocolli autorizzativi; ripartizione dei compensi ed emissione ordinativi di pagamento.

# Gestione Piano Attuazione Certificabilità dei Bilanci

Svolge le funzioni connesse alla rilevazione delle procedure amministrativo-contabili ed alla messa in atto di tutte le azioni finalizzate al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità del Bilancio: Percorso Attuativo della Certificabilità cd. PAC.

Cura le relazioni e i debiti informativi connessi all'attuazione del PAC con la Regione, Ministeri, Collegi Sindacali e soggetti di competenza.

Le attività sopra indicate devono essere assicurate ed individuati Referenti delle diverse aree di gestione.

## **Servizio Gestione Acquisti**

Garantisce la soddisfazione dei fabbisogni necessari all'attività dell'azienda attraverso la programmazione degli acquisti di beni, servizi e lavori e la rilevazione dei relativi costi, predisponendo ove necessario direttamente i documenti tecnici alla base delle procedure di gara autonome e a supporto della preparazione di procedure effettuate dai livelli di acquisto aggregati o centralizzati.

Organizza le attività di esecuzione del contratto supportando i DEC (Direttore esecuzione del contratto) di specialisti con le professionalità atte a verificare la qualità nell'esecuzione del contratto e l'applicazione di adeguate azioni correttive.

Le funzioni dovranno essere tenute quanto più possibile separate e l'azienda dovrà puntare ad una rotazione del personale, almeno per ambiti e aree d'azione.

Rientrano nel servizio gestione acquisti le attività d'acquisto economali.

Al fine di integrare l'attività delle gare aggregate nelle unioni formali d'acquisto/consorzi si prevede la possibilità di figure di coordinamento interaziendali di gestione acquisti fra diverse ASST della stessa unione formale d'acquisto (l'organizzazione dei raggruppamenti d'acquisto prevede, in questo momento, nel perimetro una o più ATS). E' consigliabile, nel limite del possibile prevedere una rotazione di questa funzione, se implementata, fra le diverse aziende.

L'ASST avrà un rapporto diretto con la propria unione di acquisto/ATS di riferimento, la quale è responsabile dell'attività di coordinamento della programmazione acquisti aggregata ed autonoma, della verifica in raccordo con ARCA dell'assegnazione dell' ASST capofila nelle singole procedure di gara aggregate, e del monitoraggio della tempistica, efficienza ed efficacia nell'effettuazione e gestione del piano gare.

## Servizio tecnico patrimoniale

Il servizio tecnico, che in determinati contesti può assumere anche valenza dipartimentale, individua gli interventi da realizzare secondo le priorità conformi alle linee guida aziendali. Verifica tutti i processi e le attività concernenti gli interventi di cui sopra. Gestisce il patrimonio immobiliare aziendale e cura la valorizzazione dello stesso. Quest'ultima funzione deve essere svolta in collegamento funzionale con il direttore generale.

## **DIREZIONE SANITARIA**

Presiede ai dipartimenti gestionali del settore ospedaliero ed è responsabile delle funzioni igienistico/organizzative delle unità d offerta territoriali.

Di seguito si descrivono funzioni/strutture che afferiscono alla Direzione sanitaria e che vedono elementi di novità in applicazione alla Ir 23/2015.

# **SITRA**

La L.R. 23/2015, all'articolo 7 comma 8 specifica che le professioni sanitarie nei settori aziendali polo ospedaliero e rete territoriale afferiscono alla Direzione Sanitaria e/o alla Direzione Sociosanitaria, secondo le indicazioni della Direzione Generale. Pertanto la Legge demanda, di fatto, alle singole ASST la definizione dell'articolazione specifica del servizio.

Viene confermato il **Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale (SITRA)**, quale USC dotata di autonomia gestionale, per la direzione, l'organizzazione e il coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, riabilitativo, di prevenzione e degli operatori di supporto e dell'ambito sociale che operano nell'ASST, in conformità con la pianificazione strategica e gli obiettivi aziendali.

Nello spirito della Legge 23, le singole ASST potranno valutare, in relazione alle specifiche strategie aziendali, l'eventuale articolazione del SITRA in un'area sanitaria e una sociosanitaria, e l'istituzione di ulteriori unità operative, da individuare sulla base dei processi gestionali, anche in considerazione della necessità di ottimizzare tutti i meccanismi di gestione operativa. Il SITRA assicura la programmazione, la definizione e l'erogazione dei percorsi tecnico-assistenziali garantiti dalle professioni sanitarie e sociali e dagli operatori di supporto nelle diverse strutture aziendali, secondo criteri uniformi modulati in base alle

diverse esigenze organizzative, garantendo l'impiego ottimale delle risorse disponibili, anche in raccordo con la Gestione Operativa e l'USC Risorse Umane.

Il Dirigente SITRA è un professionista appartenente alle professioni sanitarie di cui alla Legge 251/2000, in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente. E' nominato dal Direttore Generale, a seguito d'idonea procedura selettiva secondo la normativa vigente, e partecipa al Collegio di Direzione e al Consiglio dei Sanitari.

#### **DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO**

Si confermano le funzioni del Direttore Medico di Presidio già individuate nel 2003 dalle Linee Guida per l'adozione del POA (DGR VII/14049, 8.08.2013) precisando che le competenze del DMP (gestionali, organizzative, igienico-sanitarie e di prevenzione, medico-legali, di formazione e aggiornamento e di promozione della qualità) sono estese a tutti i presidi e articolazioni territoriali di cui si compone l'ASST.

## **MEDICINA LEGALE**

Le U.O. di Medicina legale (vedi all. XXX), di cui debbono dotarsi le singole ASST, trovano naturale collocazione in staff alla Direzione Sanitaria. Tale collocazione consente l'ottimale supporto medico legale all'ambito del contenzioso da attività sanitarie, con particolare riferimento alla partecipazione al Comitato Valutazione Sinistri e alle Unità di Gestione del Rischio Clinico ed all'attività di consulenza per le strutture ospedaliere e della rete territoriale su problematiche medico legali.

Funzioni e prestazioni medico legali (per livelli crescenti di complessità):

Prestazioni di "I livello": certificazioni medico legali monocratiche; non è condizione necessaria la specializzazione in medicina legale, la UO Medicina legale assicura il coordinamento e l'indirizzo tecnico(es. idoneità alla guida, idoneità all'uso delle armi, deambulazione impedita o sensibilmente ridotta ai fini del rilascio dello speciale contrassegno, esonero dall'obbligo delle cinture dei sicurezza, elettori impediti a votare).

Prestazioni di "Il livello": è necessaria la formazione specialistica in medicina legale o, di diretta competenza delle UO di Medicina legale per peculiarità tecnica ASST:

- Commissioni e accertamenti collegiali definite da specifici disposti di legge;
- Coordinamento area della medicina necroscopica ospedaliera e territoriale;
- Partecipazione alle attività di gestione del rischio clinico e al Comitato Valutazione Sinistri.

Inoltre tenuto conto che l'articolazione organizzativa ha quali finalità la creazione di condizioni e di strumenti utili al raggiungimento degli obiettivi del sistema sanitario regionale, il modello organizzativo deve essere costruito in modo flessibile ed il più possibile pertinente alle specifiche realtà locali; la strutturazione della attività medico-legale in forma di dipartimenti interaziendali ha quale compito specifico lo svolgimento, in maniera coordinata di tutte le prestazioni più sopra richiamate al fine di razionalizzare, in termini di efficienza, efficacia ed economicità i rapporti tra le strutture. Pertanto al fine di mantenere:

- l'omogeneità delle prestazioni e delle relative modalità di erogazione, in particolare delle procedure diagnostiche e valutative e dei protocolli operativi
- la condivisione delle banche date e dei programmi informatici, anche relativamente agli accertamenti collegiali (Commissioni patenti, Collegi per inabilità etc.) con riferimento al territorio di competenza della ex ASL
- la competenza in capo alle ASST dell'attività di gestione dell'istruttoria degli indennizzi previsti per i danneggiati in modo irreversibile da vaccinazioni, trasfusioni e somministrazione di emoderivati infetti

si prevede la possibilità di costituire **Dipartimenti funzionali interaziendali di medicina legale fra diverse ASST della stessa ATS**, assegnando le funzioni di coordinamento a una U.O. Complessa di Medicina Legale.

## **AREA DELLA PREVENZIONE**

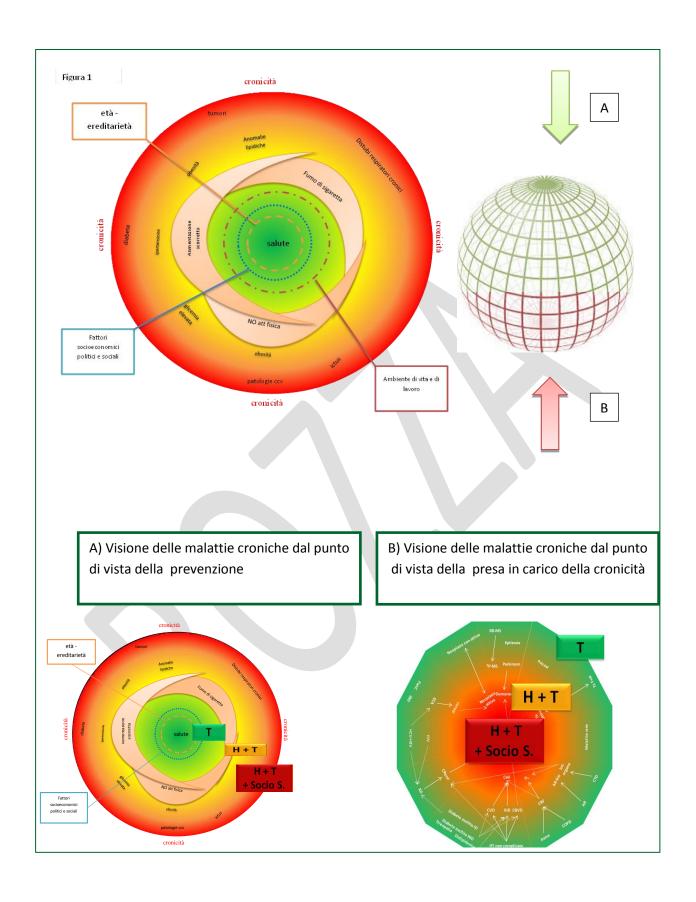
La LR 23 /2015 pone l'accento su un modello organizzativo del sistema sociosanitario regionale che rende la rete dell'offerta sia ospedaliera che territoriale più vicina al cittadino.

L'attività di Prevenzione viene agita a livello territoriale con la *governance* garantita dall'ATS sia nell'offerta di sanità pubblica (offerta a popolazione target di prestazioni di prevenzione primaria e secondaria quali ad esempio screening oncologici e vaccinazioni) sia nel percorso di presa in carico del soggetto fragile/cronico. In particolare proprio la risposta al bisogno di questa ultima tipologia di soggetti rappresenta la sfida a cui risponde la legge di evoluzione del SSR.

Il modello in figura 1 prende spunto dal documento dell'OMS "Preventing CHRONIC DISEASES: a vital investment" del 2005, in cui sono delineati i determinanti delle patologie croniche. E' interessante notare come tale modello è complementare ad un modello realizzato per la semplificazione grafica della presa in carico della cronicità. Ciò segnala come il fenomeno delle malattie croniche ha attivato nel tempo diversi professionisti della salute in modo trasversale, coinvolgendo attivamente operatori sia dell'ambito della prevenzione che dell'area della erogazione delle cure, conducendoli alla elaborazione di una offerta di salute integrata. Nel modello della presa in carico delle patologie croniche, è riconosciuta l'importanza di una azione sanitaria territoriale in tutte le fasi di cura.

Il disegno dell'organizzazione dei servizi sanitari proposto si propone di aumentare il livello di efficienza e di integrazione dell'attività sanitaria e sociosanitaria per aprire ad una visione intersettoriale della presa in carico della salute. Il paziente cronico vive contemporaneamente sia la dimensione della patologia sia la propria dimensione sociale, pertanto i diversi settori della società posso essere d'aiuto nel suo sostegno. Si consideri, ad esempio, il reinserimento lavorativo di un paziente oncologico post chirurgico: la possibilità di riacquisire reddito ed dimensione sociale diventano un determinante di salute importante. L'alleanza con altri settori della società (lavoro, scuola e comunità) è occasione di integrazione tra gli aspetti di promozione della salute e gli aspetti di presa in carico del paziente.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> WHO. Preventing CHRONIC DISEASES: a vital investment. 2005 http://www.who.int/chp/chronic\_disease\_report/contents/foreword.pdf?ua=1



### AREA DI PREVENZIONE IN ASST

In armonia con il modello organizzativo del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) della ATS, e relativi servizi ed aree di lavoro e competenza, si descrivono in seguito le attività che necessitano di un'interazione strutturata con la ASST – sia polo ospedaliero sia rete territoriale - ai fini di un'efficiente ed accessibile offerta al cittadino.

Di seguito è specificato il rapporto tra il DIPS e le UO di ASST coinvolte direttamente per la garanzia di erogazione dei LEA.

ATS			ASST
DIPS	Aree di lavoro	Attività/competenza DIPS	UUOO coinvolte
	Prevenzione patologie croniche (Non communicable diseases) Screening oncologici	Governance dei programmi di screening oncologico (programmazione; valutazione): contrattazione, controllo/audit.  Analisi dell'appropriatezza e orientamento delle attività mediche nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria delle cronicità.	<ul> <li>✓ Diagnostica per immagini (Radiologia)</li> <li>✓ Endoscopia digestiva</li> <li>✓ Anatomia patologica</li> <li>✓ Laboratorio analisi</li> <li>✓ Ginecologia e ostetricia</li> <li>✓ Consultori</li> </ul>
Medicina Preventiva di Comunità	Prevenzione Malattie infettive (communicable diseases): Vaccinazioni Sistemi di sorveglianza	Analisi della Prevenzione sorveglianza e controllo infezioni correlate all'assistenza  Governance dell'offerta vaccinale per target di popolazione  Governance dell'offerta vaccinale per categorie a rischio (patologia status) anche nell'ambito della presa in carico individuale	<ul> <li>✓ Direzione Medica di Presidio (infezioni correlate all'assistenza)</li> <li>✓ Laboratorio analisi</li> <li>✓ Aree cliniche e chirurgiche</li> <li>✓ Malattie infettive e tropicali</li> <li>✓ Vaccinazioni</li> </ul>
Ambienti di lavoro/tutela del lavoratore	Prevenzione delle malattie Professionali e degli infortuni sul lavoro	Prevenzione sorveglianza e controllo delle malattie professionali (tumori professionali; patologie da sovraccarico biomeccanico; patologie da stress lavorocorrelato)  Indirizzi sul counselling individuale sui rischi da lavoro	<ul> <li>✓ UOOML</li> <li>✓ Servizio Prevenzione e Protezione</li> <li>✓ Medico Competente</li> <li>✓ Anatomia Patologica</li> <li>✓ Laboratorio analisi</li> </ul>
Ambienti di vita/tutela della salute e sicurezza del cittadino	Prevenzione rischio ambienti confinati e attività di igiene ambientale	Prevenzione sorveglianza e controllo Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie  Prevenzione sorveglianza e controllo sostanze chimiche, miscele ed articoli	✓ UOOML

Il DIPS, in alcune fattispecie, troverà all'interno della ASST una corrispondenza diretta con Unità operative e Servizi, nel garantire una diretta soddisfazione delle attività previste dai LEA. In altri casi le funzioni di prevenzione sono trasversali a più UOC/Servizi e pertanto troveranno in ASST un PREVENTION PROCESS OWNER (vedi paragrafo Direzione Socio Sanitaria).

A tale UO afferiscono le seguenti attività:

- vaccinazione universale: tutta l'attività erogativa comprese le fasi di pianificazione e gestione dell'offerta secondo gli specifici indirizzi regionali;
- vaccinazione categorie a rischio (patologia, status): tutta l'attività erogativa comprese le fasi di pianificazione e gestione dell'offerta secondo gli specifici indirizzi regionali, in raccordo con le strutture organizzative cliniche e con la medicina del territorio per l'identificazione del target;
- > profilassi internazionale

Poiché alla ASST non è assegnato uno specifico territorio e relativa popolazione residente, i soggetti da arruolare nei percorsi vaccinali saranno assegnati dal DIPS ATS, nell'ambito del processo di contrattazione annuale

#### **DIREZIONE SOCIOSANITARIA**

La legge 23 dispone che al Direttore Sociosanitario di una ASST possa essere attribuita la direzione del settore 'rete territoriale'.

La scelta del legislatore è stata di definire 'rete' l'erogazione delle prestazioni territoriali, individuando la modalità della presa in carico (comma 12) come l'elemento caratterizzante dell'assistenza offerta dal territorio.

Viceversa viene definito come 'polo' ospedaliero' come l'insieme dei presidi ospedalieri di cui è composta l'ASST, che , come già detto può essere diretto dal direttore sanitario

La rete territoriale delle ASST è costituita da diversi punti di erogazione (ambulatoriali, sportelli di valutazione multidimensionale del bisogno, di erogazione di protesi e farmaci, certificazioni legali, servizi dedicati alle dipendenze, consultori ecc.) che confluiscono all'interno dei POT e dei Prest. Questi assumono pertanto valenza di unità di offerta strutturale (presidi ben identificabili dal cittadino – comma 14), ma soprattutto sono i di soggetti incaricati della presa in carico del paziente e della corretta tenuta dei propri percorsi assistenziali.

La traduzione nell'organizzazione aziendale di queste disposizioni legislative orienta a una diversa attribuzione dei ruoli fra direzione sanitaria e sociosanitaria.

La prima, infatti, sarà responsabile, anche all'interno delle strutture afferenti alla rete territoriale della funzione igienistico organizzativa, del mantenimento dei requisiti di accreditamento strutturali e organizzativi necessari e di tutte le funzioni necessarie per il l'erogazione delle prestazioni.

La seconda sarà invece responsabile della conduzione delle strutture afferenti alla rete territoriale e dei percorsi di presa in carico dei pazienti, anche quando coinvolgono il polo ospedaliero.

A garanzia dell'integrazione tra le prestazioni erogate dal settore polo ospedaliero e dal settore rete territoriale potranno essere previsti dalle singole ASST dipartimenti funzionali o figure di responsabili di processo che integrano unità operative di entrambi i settori aziendali.

Alla Direzione sociosanitaria è quindi affidato il compito di garantire ai pazienti di entrambi i settori aziendali della ASST la continuità assistenziale verso l'ambito territoriale, secondo diverse modalità operative, meglio specificate nel suballegato 1 (rete R.I.C.C.A.):

- direttamente, attraverso la presa in carico del paziente e l'erogazione da parte delle proprie strutture erogatrici
- mantenendo la presa in carico, ma attraverso l'erogazione di prestazioni svolte in collaborazione con gli altri erogatori accreditati, nell'ambito di relazioni di rete precostituite e in applicazione del piano assistenziale individuale del paziente
- garantendo percorsi protetti di presa in carico da parte di altri erogatori accreditati all'interno del sistema sociosanitario regionale

La pianificazione dei percorsi deve comunque assicurare che la continuità assistenziale sia garantita nel pieno rispetto della volontà del paziente e della libertà di scelta tra i vari erogatori.

Si evidenzia che ai fini della continuità assistenziale, i possibili interlocutori della ASST comprendono tutti gli enti erogatori accreditati, potendo costituire relazioni di rete secondo criteri di prossimità, ma anche secondo criteri di tipo clinico e assistenziale legati a specifiche specializzazioni delle strutture erogatrici.

La valutazione multidimensionale è funzionale alla presa in carico del paziente fragile e può essere effettuata dai diversi erogatori accreditati secondo le indicazioni della ATS. Come erogatore, anche ASST è tenuta a garantire la valutazione multidimensionale e la conseguente presa in carico (tra le funzioni distrettuali prima garantite dalle ex-ASL).

Le unità operative delle ex-asl che si occupavano della direzioni dei distretti erogativi e più in generale delle funzioni erogative -che sono transitate all'interno delle ASST - potranno quindi essere trasformate nella nuova organizzazione aziendale prevista dallo schema funzionale:

- direzione dell'aggregazione delle strutture afferenti alla rete territoriale (POT e presst ASST), afferenti alla DSS
- direzione di servizi erogativi territoriali (per es : uo vaccinazioni) sotto la DS
- direzioni di reti/dipartimenti funzionali (per es: RICCA) sotto DSS

I dipartimenti di salute mentale e materno infantile, pur mantenendo la loro connotazione gestionale sono caratterizzati, rispetto alla configurazione attuale da una maggiore integrazione con strutture territoriali. Nel primo caso infatti, possono essere ricomprese nel dipartimento le attività territoriali legate alle dipendenze, oltre alla rete territoriale della salute mentale che era già in carico alle ex-ao.

Nel secondo caso il dipartimento si allarga alle attività consultoriali distribuite nel territorio.

Entrambi i dipartimenti costituiscono una rete tematica integrata.

In suballegato XX viene descritta l'organizzazione della Rete integrata Materno infantile.

Alla Direzione Sociosanitaria afferiscono anche i seguenti dipartimenti/funzioni/reti

## **Dipartimento di Salute Mentale**

La salute mentale è materia che abbraccia molteplici competenze e pertanto deve essere trattata mediante una organizzazione dei servizi che ne rifletta l'approccio multidisciplinare, garantendo la necessaria flessibilità organizzativa nonché l'autonomia delle singole professionalità coinvolte.

In ogni ASST deve essere presente il Dipartimento di Salute Mentale (DSM): l'articolazione organizzativa del dipartimento potrà essere oggetto di successive modificazione in funzione della revisione normativa in itinere, che dovrà essere recepita nei POAS.

Il Dipartimento, che ha caratteristiche gestionali, assume anche valenza funzionale, in relazione al suo ruolo di coordinamento ed integrazione delle competenze ad esso affidate e alla necessità di garantire percorsi di presa in carico dei pazienti. Ritenendo tali aspetti prevalenti, il dipartimento afferisce di norma alla Direzione SocioSanitaria, salvo diverse e motivate determinazioni aziendali, pur mantenendo in capo alla Direzione Sanitaria la responsabilità delle funzioni igienistico-organizzative delle diverse unità operative che lo compongono.

Il DSM comprende le Unità Operative di Psichiatria (UOP) e può comprendere le Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA), secondo le esigenze e le peculiarità di ogni azienda.

Le UOP sono articolate in presidi ospedalieri, territoriali, residenziali e semiresidenziali dei territori di riferimento, per rispondere ai bisogni di salute mentale, in sinergia con gli Enti locali e la rete sociale, e per garantire la presa in carico trasversale e la gestione unitaria dell'intero percorso di cura del paziente. Le UOP, in coerenza con la programmazione regionale e la normativa nazionale, devono organizzare forme di servizio idonee per i pazienti autori di reato, anche per quelli ristretti all'interno delle carceri se presenti sul territorio.

Le UONPIA, dotate di adeguate risorse e idonei livelli organizzativi in ordine alle esigenze di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione nei disturbi neurologici, psichiatrici e neuropsicologici dell'età evolutiva e

delle disabilità dello sviluppo, possono funzionalmente afferire sia all'area della salute mentale che all'area materno infantile, adottando localmente le configurazioni organizzative più adeguate a ottimizzare i percorsi di cura. Indipendentemente dalla collocazione organizzativa (Dipartimento di Salute mentale o Dipartimento materno – infantile), le UONPIA devono comunque agire in stretta integrazione sia con le UU.OO. dell'area di salute mentale sia con le UU.OO. dell'area materno-infantile.

Come suggerito anche dalla autorevole sede dell'OMS, dove è stato costituito un apposito "Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze" il DSM può comprendere anche le strutture aziendali per le dipendenze, in relazione alle specifiche realtà territoriali locali.

In ogni caso le UO di psichiatria degli adulti e di NPIA si relazionano tra loro e con le strutture che presiedono alle dipendenze ed alla disabilità, in modo da offrire una risposta rapida ed univoca ai bisogni di cittadini portatori di patologie complesse o pluripatologici.

## **Prevention Process Owner**

La Direzione ASST – per il tramite rispettivamente della Direzione Sanitaria e della Direzione Socio Sanitaria – garantisce l'efficiente interazione fra i diversi livelli decisionali, organizzativi e operativi interni alla ASST, a garanzia di tutte le funzioni operative afferenti all'area della Prevenzione programmata e governata dall'ATS

La DSS, nell'ambito delle sue funzioni di raccordo con la ATS, promuove e garantisce il coinvolgimento operativo delle Reti e dei Dipartimenti di diretta afferenza, in tutte le rispettive componenti intra ed extra ASST per perseguire gli obiettivi strategici e operativi definiti nell'ambito della programmazione ATS/DIPS (ad esempio. Vaccinazioni, Screening, Promozione della salute, Prevenzione rivolta agli individui ecc.)

A tal fine viene identificata nella figura del DSS (o suo delegato) la funzione di PREVENTION PROCESS OWNER in quanto "intercetta aggregazioni di UO/Dipartimenti già ben strutturati nell'ASST, e assicura modalità di gestione dell'intero processo indirizzando le risorse verso risultati di efficacia ed efficienza complessiva".

Di seguito sono descritte per aree omogenee di attività le funzioni di PREVENTION PROCESS OWNER ovvero dal DSS o suo delegato:

## Area Screening Oncologici:

✓ Favorire l'integrazione dell'attività di screening e dei percorsi di diagnosi e cura delle patologie oncologiche di colon retto, mammella (breast unit) e cervice uterina

### Area Vaccinazioni

- ✓ Favorire l'integrazione dell'offerta vaccinale dei soggetti a rischio nelle altre UU.OO. di ASST (costruzione di percorsi dalla clinica alla vaccinazione)
- ✓ Favorire l'integrazione dell'offerta vaccinale universale con le componenti del territorio, con i punti nascita e l'emergenza urgenza (catch up)

#### Area UOOML

- ✓ Promuovere e facilitare il raccordo tra la UOOML e le altre UO di ASST per l'emersione delle malattie professionali
- ✓ Promuovere l'attività della UOOML all'interno della ASST e la sua integrazione con le attività del Medico Competente e del Servizio Prevenzione e Protezione

## Attività trasversali

- ✓ Collaborare per quanto di competenza alla promozione delle attività di qualità e sicurezza delle prestazioni erogate ed alla gestione del rischio clinico
- ✓ Facilitare l'integrazione delle attività della UO Vaccinazioni nel contesto di ASST (percorsi di qualità, appropriatezza)
- ✓ Collaborare per quanto di competenza alle attività di prevenzione sorveglianza e controllo correlate all'assistenza con le Direzioni Mediche di Presidio

✓ Raccordo con interventi di sanità pubblica attivati da ATS con particolare riferimenti ai programmi afferenti il Piano Integrato Locale di Promozione della Salute - PIL

Di seguito grafico tratto dal documento realizzato per la definizione dei POA di ASST modificato come sopra descritto .



## LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE E LA GESTIONE DELLA RETE INTEGRATA DI CONTINUITÀ CLINICO ASSISTENZIALE (R.I.C.C.A)

#### 1. PREMESSA

Nel richiamare i contenuti del documento "Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018" al quale si rimanda per una completa analisi del fenomeno della cronicità, si evidenzia che:

"In Lombardia le persone affette da malattie croniche sono 3,5 milioni, pari a circa il 30% della popolazione, una proporzione relativamente contenuta ma destinata ad aumentare nei prossimi anni. In questo gruppo di pazienti aumenta sempre più il numero delle persone in condizione di cronicità sociosanitaria (anziani non autosufficienti, persone con disabilità, persone affette da dipendenze da sostanze, etc.), stimabili attualmente in circa 600.000. Se si considera che le malattie croniche in Lombardia incidono per più del 70% sulla spesa sanitaria globale, si comprende come il tema sia cruciale per l'amministrazione regionale, che ha ritenuto necessaria una programmazione dedicata. Se la maggior parte delle risorse sanitarie è destinata alla cura di patologie croniche e invalidanti, occorre dotarsi di strumenti adeguati per assicurare la sostenibilità del sistema regionale e garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in modo appropriato ed equo, anche in considerazione degli obiettivi nazionali di contenimento della spesa in risposta all'attuale crisi economico-finanziaria".

La Legge Regionale 23 del 2015, che disciplina l'evoluzione del sistema sociosanitario regionale (SSR), ribadisce l'orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso, nel rispetto della libera scelta, e promuove l'integrazione operativa e gestionale tra erogatori dei servizi sanitari, sociosanitario e sociale (Art. 2, Art. 3). Per quanto riguarda in particolare il tema della cronicità, la L.R. 23/2015 stabilisce all'Art. 9:

- di attivare modalità innovative di presa in carico del paziente cronico e fragile, anche attraverso l'utilizzo della telemedicina, sviluppando modelli organizzativi che assicurino l'integrazione e il raccordo tra tutte le competenze professionali coinvolte, ospedaliere e territoriali, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale;
- di sviluppare e tenere aggiornato un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee, cui corrisponda una modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito.

Per realizzare gli obiettivi indicati dalla Legge Regionale è necessario sviluppare la capacità di programmare un percorso di cura e di essere proattivi verso la malattia cronica, riorientando in tal senso i processi erogativi utilizzando strumenti che favoriscano l'integrazione dei servizi e un buon coordinamento della presa in carico.

Le regole di sistema 2016, approvate con DGR n. X/4702 del 29/12/2015 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016" in merito al tema della cronicità incaricano la DG Welfare di fornire "Linee Guida per l'organizzazione e gestione della Rete delle ASST, individuando il modello organizzativo, i servizi e le risorse dedicate alla presa in carico dei pazienti cronici nei vari nodi della Rete".

Coerentemente con il mandato assegnato, con il presente documento, si vuole avviare la realizzazione della Rete Integrata di Continuità Clinico-Assistenziale (d'ora innanzi RICCA), quale strumento fondamentale per l'integrazione fra la componente sanitaria e sociosanitaria e per attuare nell'ambito della ASST la presa in carico delle persone in condizioni di cronicità e fragilità, garantendo continuità e appropriatezza

nell'accesso alla rete dei servizi e delle Unità d'Offerta deputate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali.

RICCA rappresenta una componente della rete territoriale della ASST, congiuntamente alle altre aree di attività che deve comunque operare in forte raccordo ed integrazione col polo ospedaliero.

Le linee guida forniscono alle ATS e alle ASST, per i rispettivi ruoli e competenze, un'indicazione metodologica, operativa ed organizzativa per l'implementazione e la gestione della RICCA, finalizzata alla presa in carico dei pazienti cronici e fragili e delle loro famiglie. In particolare si forniscono indicazioni in merito alla struttura e al modello organizzativo della rete, ai ruoli e alle responsabilità organizzative e gestionali che devono assumere i nodi della rete, nonché alle modalità e agli strumenti operativi da sviluppare per agevolare l'integrazione.

La realizzazione della RICCA, per i suoi contenuti e obiettivi innovativi, rappresenta una trasformazione complessa e sfidante, che esige da parte di tutti gli attori del sistema una disponibilità al cambiamento, al confronto e alla verifica su quanto si sta progressivamente attuando. Inoltre l'implementazione delle rete sarà sostenuta da un adeguato supporto operativo.

Una definizione dei concetti di 'cronicità' e 'fragilità' è stata fornita nel già citato documento "Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018", approvato con DGR X/4662 del 23/12/2015. Viene comunque fornito qualche chiarimento aggiuntivo sui termini 'fragilità'/non autosufficienza e 'cronicità', che spesso si riferiscono ad ambiti correlati, ma differenti.

## 2. FRAGILITÀ, NON AUTOSUFFICIENZA, CRONICITÀ: AMBITI CORRELATI MA DIFFERENTI

La **persona fragile** è quella che presenta una maggiore vulnerabilità, con una limitazione delle attività quotidiane dovuta alla presenza di pluripatologie e un deterioramento della salute e dello stato funzionale, fino alla non autosufficienza.

La fragilità comporta la possibilità che siano necessari interventi in diversi ambiti assistenziali (che comprendono sia l'ambito sanitario che in quello sociale) e pertanto necessita, ai fini della quantificazione di questi bisogni, della valutazione multidimensionale.

La persona con patologie croniche è la persona con una o più patologie con un decorso prolungato nel tempo. Le patologie implicano un intervento assistenziale in ambito sanitario prolungato nel tempo, più o meno complesso in relazione al numero e alla gravità delle patologie. La persona con patologie croniche può avere un problema solo sanitario o addirittura un'unica patologia cronica (ad esempio ipertensione). La patologia cronica può essere uno dei fattori che sbilanciano un complessivo equilibrio, determinando una condizione di fragilità, in cui oltre al problema strettamente sanitario si evidenziano criticità in altre dimensioni.

La persona portatrice di patologie croniche non sempre è fragile e i due ambiti pur essendo in parte sovrapposti non sono identici, potendosi identificare una parte di pazienti cronici 'non fragili' e viceversa (esempi nei due ambiti riguardano ad esempio pazienti con patologie croniche che non incidono al momento in modo significativo sullo stato funzionale o pazienti fragili per la condizione particolare come non gravi disturbi cognitivi o disabilità).

## 3. DEFINIZIONE E FINALITÀ DELLA RETE INTEGRATA DI CONTINUITÀ CLINICO ASSISTENZIALE (RICCA).

#### 3.1 Definizione

Il termine **rete**, nel contesto dei sistemi organizzativi, riguarda la definizione di modalità sistematiche di connessione ed integrazione tra una serie di servizi, unità d'offerta ed attività orientate a una specifica tipologia di utenza: una rete è composta da nodi, connessioni e proprietà di funzionamento. Nei sistemi di Welfare avanzato il modello a rete è fondamentale in quanto tali sistemi sono formati da una complessità di servizi e professionalità che si devono ricomporre intorno al bisogno della persona nella sua interezza e non possono prescindere dal contesto di vita nella sua totalità. Il modello a rete implica la definizione di percorsi di cura coordinati ed integrati in modo da consentire, al cittadino, un facile accesso ad un percorso di cura coerente. Deve, inoltre, consentire agli operatori sociosanitari la conoscenza rapida e sistematica dell'insieme delle informazioni necessarie al loro operare.

La rete si caratterizza per il lavoro comune, centrato sulla persona, sui suoi contesti di vita e sulle sue relazioni affettive e sociali, basato su regole esplicite, di persone/gruppi afferenti ad enti distinti (ma anche a servizi staccati dello stesso ente), ma la cui opera è interdipendente. Tali soggetti accettano, quindi, di organizzare le proprie attività definendo relazioni per ottenere vantaggi per gli utenti e per la propria attività non conseguibili altrimenti.

Questo approccio è ormai ampiamente riconosciuto come necessario nell'ambito della cronicità e della fragilità.

In questa prospettiva, la RICCA è istituita all'interno di ogni ASST. Ne fanno parte i servizi sanitari e sociosanitari, si integra con i servizi sociali, che intervengono nelle varie fasi della patologia cronica o nell'evolversi delle condizioni di fragilità, sia nei confronti della singola persona che del suo nucleo famigliare, secondo livelli diversi e differenziati di intensità.

#### 3.2 Obiettivi e funzioni della rete

Obiettivo della rete è di attuare, nell'ambito della ASST, la presa in carico delle <u>"persone in condizione di cronicità e fragilità, garantendo la continuità e l'appropriatezza nell'accesso alla rete dei servizi e delle Unità d'Offerta deputate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e la loro integrazione con le prestazioni sociali".</u>

La realizzazione di questo obiettivo presuppone che le ASST avviino e progressivamente consolidino un sistema di presa in carico e di erogazione orientato verso questa specifica domanda di servizi.

All'interno della rete viene quindi soddisfatta la domanda sanitaria e sociosanitaria della persona con cronicità o della persona fragile, attraverso la presa in carico e la conseguente erogazione delle prestazioni indicate nel **Piano Assistenziale Individuale** (PAI, anche nelle articolazioni educative e riabilitative).

Elemento caratterizzante la presa in carico è altresì l'unificazione e la semplificazione delle procedure necessarie per facilitare l'accesso ai servizi (ad esempio: richieste di invalidità e accompagnamento, accesso alla protesica, erogazione dei benefici economici di natura sociale ecc).

Si ritiene che l'organizzazione della rete, costituisca l'ambito ottimale nel quale poter:

- realizzare l'attività di presa in carico e di valutazione multidimensionale della persona con cronicità o della persona fragile e delle loro famiglie;
- favorire la definizione dei Piani Individuali di intervento anche attraverso l'accesso alla documentazione clinica e sociale ai tutti i livelli di cura e assistenza;
- sviluppare e consolidare l'integrazione fra la componente sanitaria, sociosanitaria e sociale;
- assicurare la centralità della persona e della famiglia all'interno dell'organizzazione
- valorizzare tutte le professionalità che operano nella rete;

- garantire la **continuità nella presa in carico** assicurando un'integrazione organizzativa fra l'ospedale e la rete:
- **implementare sistemi di semplificazione** per la persona con cronicità o della persona fragile e della loro famiglia, per facilitare l'accesso al livello di cura più appropriato, e l'attivazione di pratiche e procedure amministrative (quali ad esempio il rinnovo dei piani terapeutici o la fornitura protesica).

Inoltre, la rete deve costituire il luogo privilegiato per lo sviluppo permanente delle conoscenze e delle competenze sulle tematiche della cronicità e della fragilità, in particolare, sulla dinamica quali/quantitativa della domanda territoriale, sull'evoluzione degli scenari epidemiologici di popolazione, sull'appropriatezza dell'offerta.

Considerate le caratteristiche innovative della rete è ragionevole immaginare uno sviluppo progressivo che si consolidi nel tempo, attraverso una **graduale integrazione** dei nodi delle rete dell'ambito territoriale di riferimento e un **crescente incremento dell'offerta** in rapporto alle caratteristiche della domanda.

Pertanto, il sistema della rete deve:

- realizzarsi e consolidarsi sulla base di specifiche caratteristiche dei target di utenti cui si indirizza;
- garantire un'elevata **flessibilità** nella fase di presa in carico della persona che accede a uno dei punti della rete e viene avviato a un percorso di valutazione ed erogazione di prestazioni programmato attraverso lo strumento del Piano Assistenziale Individuale
- progressivamente integrare e coordinare ulteriori nodi del sistema sanitario, sociosanitario e sociale locale che erogano prestazioni per la persona con cronicità o per la persona fragile e per le loro famiglie non ancora presi in carico nella rete.

Il PAI costituisce un forte elemento di collegamento e integrazione fra i punti/nodi della rete e viene proposto attraverso un Patto di Cura, cioè uno strumento di responsabilizzazione (*empowerment*) del paziente che sancisce la sua disponibilità ad essere curato nell'ambito della rete e traccia il suo consenso alla gestione dei dati personali nella rete che lo prende in carico.

## 3.3 Unità d'offerta della rete per la cronicità e la fragilità nelle diverse aree

Le **ASST** dovranno organizzare nella Rete i servizi e le risorse dedicate alla presa in carico della persona con cronicità o della persona fragile.

## I principali nodi della rete sono:

Presidi SocioSanitari Territoriali (PreSST): sono il luogo nel quale si realizza la presa in carico della
persona cronica e della persona fragile e delle loro famiglie, in stretta connessione con le cure primarie.
Sono una modalità organizzativa volta ad assicurare, attraverso sia la gestione diretta da parte della
ASST, che integrata con altre istituzioni o gestori presenti sul territorio, i servizi e le prestazioni per
fornire risposte ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Assicurano, come gli altri nodi della rete, prestazioni:

- o di presa in carico e valutazione multidimensionale;
- o di definizione dei PAI;
- o di definizione delle altre attività necessarie, quali ad esempio la fornitura di ausili e protesi.

Erogano prestazioni ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità e attivano:

- o servizi/prestazioni di Assistenza domiciliare;
- o degenze a bassa intensità o ricoveri temporanei presso le Unità d'offerta sociosanitarie o sanitarie. Promuovono percorsi di sanità d'iniziativa, di prevenzione e di educazione sanitaria.
- Presidi Ospedalieri Territoriali (POT): sono strutture che erogano prestazioni sia in regime di ricovero
  che in regime ambulatoriale e domiciliare. Possono derivare dalla trasformazione di piccoli ospedali, ma
  anche essere collocati all'interno di presidi ospedalieri. Integrano le funzioni del PreSST e assicurano
  ricoveri medici a bassa intensità, subacuti, hospice, cure intermedie, chirurgia ambulatoriale, MAC e

Day Surgery. L'azione di presa in carico del paziente cronico è effettuata secondo un modello proattivo d'assistenza.

- Ambulatori specialistici: dando atto che l'offerta specialistica ambulatoriale è ampia e diffusa sul territorio, parte di questa offerta andrà riorientata e organizzata all'interno della rete per l'integrazione nelle attività di presa in carico della cronicità e della fragilità.
- **Servizio Protesico:** deve integrarsi con i servizi dedicati alla presa in carico per facilitare l'accesso agli interventi più appropriati, senza soluzione di continuità con la presa in carico, ed è deputato alla attivazione di pratiche e procedure amministrative per la fornitura protesica.
- Assistenza domiciliare Integrata (ADI): si rivolge a persone fragili o non autosufficienti, con patologie in atto o esiti delle stesse. Il servizio mette a disposizione prestazioni di natura infermieristica, riabilitativa e di assistenza tutelare a domicilio, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita della persona fragile e dei suoi famigliari.
- Reparti di ricovero (sub acuti area medica). Dando atto che tutte le discipline sono rappresentate nella rete di offerta lombarda, parte di questa offerta andrà riorientata e organizzata all'interno della rete.
- Cure intermedie: la rete delle Cure intermedie rappresenta una nuova tipologia di unità d'offerta residenziale avviata con DGR 3383/2015, per la presa in carico, con tempistiche definite, dell'utente fragile, portatore di bisogni complessi in area assistenziale, clinica e sociale. Il percorso è finalizzato ad assistere l'utente per completare l'iter di cura, portandolo al miglior stato di salute e benessere possibile, con l'obiettivo di reinserirlo nel proprio contesto di vita o di accompagnarlo alla risposta più appropriata al suo bisogno.
- Farmacia dei servizi. Oltre alle funzioni di semplificazione sanitarie-amministrative (prenotazioni, riscossione della compartecipazione, erogazione protesica), da qualche tempo la farmacia è interessata a progetti di pharmaceutical care. Studi internazionali consolidati evidenziano come il ruolo della farmacia nell'ambito dell'appropriatezza d'uso dei farmaci e del monitoraggio del rispetto delle terapie, costituisca un elemento di ottimizzazione delle cure, tale da produrre una sensibile riduzione dei costi complessivi per l'assistenza dei pazienti affetti da malattie croniche non trasmissibili (MCNT). In questo senso la farmacia può svolgere compiti di screening, arruolamento, registrazione dei consumi, informazione sull'appropriatezza d'uso, addestramento all'uso di dispositivi erogatori di farmaci, ecc.
- Cure primarie MMG/AFT/UCCP/Cooperative CReG. Il medico di medicina generale ha nel sistema sanitario il ruolo di mettersi al fianco degli assistiti, che lo hanno liberamente scelto, per aiutarli a affrontare la loro storia di salute e malattia (Mantenere lo stato di salute Prevenire, riconoscere e curare la malattia Chiedere e accettare i supporti che il sistema offre). Il nodo di rete cure primarie si configura quindi come una delle componenti fondamentali per garantire l'appropriata gestione del paziente cronico in particolare nelle prime fasi di malattia.

L'attuale processo in atto di riorganizzazione delle cure primarie, che vede i medici organizzati in AFT e UCCP, è volto a garantire:

- a. La facilitazione all'assistito nell'accesso ai servizi, utilizzando strumenti come telefono, email e internet nelle relazioni tra pazienti e professionisti;
- b. Il coinvolgimento dell'assistito nei processi assistenziali attraverso il più ampio accesso alle informazioni, il counselling e il supporto all'auto-cura;
- c. Il coordinamento delle cure (tra i diversi professionisti) e la continuità dell'assistenza (tra differenti livelli organizzativi, es. tra ospedale e territorio).

Supporto indispensabile per la messa in atto di quanto sopra declinato è la disponibilità di sistemi informativi – accessibili anche ai pazienti – in grado di documentare i risultati (e la qualità) degli interventi sanitari.

I rapporti del Sistema Sanitario con i singoli MMG e con le forme organizzative da questi costituite sono regolati dagli Accordi Collettivi Nazionali e dai conseguenti Accordi Regionali e Aziendali; la riforma colloca nelle ATS la gestione della convenzione con i MMG e la definizione degli accordi aziendali sino ad ora attribuito alle ASL.

Affinché il ruolo dei MMG si esplichi appieno nella rete della cronicità dell'ASST occorre quindi che:

- vengano inseriti negli accordi tra ATS e MMG specifici impegni di partecipazione alla rete da parte dei singoli/AFT concordati con il responsabile della rete;
- vengano definiti a livello della rete atti di indirizzo/linee guida condivisi con i referenti della Medicina Generale:
  - o per la gestione del paziente cronico e fragile all'interno della rete;
  - o per la messa in atto di una relazione efficace tra i MMG e gli altri nodi della rete;
- gli atti di indirizzo e le linee guida, così definiti, siano diffusi e implementati tra i MMG del territorio attraverso eventi formativi concordati con i medici stessi;
- i referenti dei MMG di ciascuna ASST:
  - o partecipino ai momenti di valutazione del contesto e di valutazione del funzionamento della rete stessa;
  - o condividano gli strumenti informativi di monitoraggio da diffondere a tutti gli attori della rete e da porre a base per incontri di audit tra pari volti al miglioramento della qualità;
- la Direzione della rete promuova incontri periodici su specifiche tematiche (es gruppi per patologia, per tipologia di bisogno) tra i referenti dei MMG e i referenti degli altri punti della rete al fine di valorizzare la professionalità di ciascuno nella gestione del paziente cronico.
- **Prevenzione** La Rete delle ASST garantisce l'integrazione tra programmi di Sanità Pubblica governati dall'ATS e azioni di promozione della salute/prevenzione intraprese in ambiti di cura (Cure Primarie, POT, PRESST, Ambulatori Specialistici, ecc.) in particolare nella presa in carico di pazienti con malattie croniche in stadio iniziale con la duplice finalità di:
  - potenziare l'offerta diretta di opportunità e/o il raccordo tra nodi della rete;
  - incrementare l'ingaggio individuale verso iniziative del territorio.

Rientra tra le attività della RICCA sostenere l'offerta di profilassi vaccinale coerente con gli indirizzi regionali ai soggetti appartenenti alle categorie a rischio per patologia/status nell'ambito della presa in carico del paziente.

Sono esempi di tali attività gli interventi di *counselling* comportamentale individuale o farmacologico, azioni di disassuefazione al fumo, Gruppi di Cammino attivati da ospedali o associazioni, ecc.

Associazionismo. Per dimensioni, esperienza e capacità di risposta ai bisogni dei cittadini, il Terzo Settore della Lombardia ha assunto un ruolo strategico nel sistema di welfare regionale, grazie al patrimonio di capacità umane, professionali e organizzative impegnato nelle diverse associazioni, e alle politiche sanitarie e sociosanitarie di Regione Lombardia, da anni orientate al principio della sussidiarietà orizzontale. Sul territorio lombardo, attingendo ai dati dai registri del Volontariato, delle Associazioni senza scopo di lucro e delle Associazioni di Promozione sociale, sono presenti più di 7.000 organizzazioni, operanti in diversi ambiti. Tra di esse, le associazioni dei pazienti e dei loro familiari e, più in generale, quelle che si occupano di tutela degli assistiti costituiscono, nel contesto attuale di evoluzione del trattamento delle patologie croniche, una risorsa e un'opportunità da considerare per migliorare la cura dei pazienti.

## 3.4 Ulteriori unità d'offerta della rete per le cronicità e le fragilità nell'area anziani

- Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA): rappresentano una rete di Unità d'Offerta diffusa e capillare sul territorio. Sono prioritariamente, anche se non esclusivamente, orientate ad offrire una risposta residenziale nei confronti delle persone anziane non autosufficienti non assistibili al domicilio. Assicurano una risposta di natura sociosanitaria prevalentemente orientata ai bisogni di natura "tutelare" e si caratterizzano per la possibilità di offrire risposte di natura temporanea o definitiva;
- Centri Diurni Integrati (CDI): rappresentano una rete diffusa sul territorio. Sono orientati ad offrire una
  risposta diurna a persone anziane non autosufficienti o con una significativa compromissione
  dell'autonomia. Costituiscono un servizio di sostegno alla domiciliarietà e possono accogliere gli ospiti
  sia a tempo pieno che part time;
- Nuove Reti Sanitarie (NRS). I servizi raggruppati nelle NRS consentono di fornire un'adeguata risposta domiciliare a precise esigenze sanitarie di pazienti affetti da patologie croniche. Sono esempi di ambiti in cui l'intervento domiciliare con il supporto della tecnologia possa fornire buoni risultati sia dal punto di vista del sistema sanitario, sia, soprattutto, dal punto di vista del paziente che riceve un'assistenza

- 24h/24h per 365 giorni in relazione alle proprie condizioni di gravità, con interventi programmati, ma anche in base a sintomi su richiesta del paziente stesso;
- Misure innovative: tra gli interventi recentemente introdotti dalla normativa regionale e volti a sviluppare prestazioni più appropriate a favore delle persone anziane fragili o favorire una maggior orientamento delle Unità d'Offerta sociosanitarie tradizionali a favore della domiciliarietà delle persone anziane non autosufficienti e destinati ad avere ulteriori sviluppi vi sono quelle avviate con la d.g.r. n. X/856/13, all'interno delle azioni individuate dalla d.g.r. n. X/116/13, e che hanno visto una prima sistematizzazione con l'introduzione d'azioni migliorative definite dalla d.g.r. n. X/2942/14, così da assicurare sempre più continuità nella presa in carico, flessibilità nelle risposte, prossimità nella gestione delle persone fragili e delle loro famiglie:
  - o **RSA aperta**, la misura avvia un percorso d'evoluzione degli interventi erogabili dalle RSA in una logica di multiservizi, per una presa in carico integrata della persona al proprio domicilio. In questo modo viene ad essere spostato il "raggio d'azione" di questa unità d'offerta, ora non più limitato al solo livello residenziale ma esteso e ampliato al territorio circostante, con la possibilità di andare anche direttamente a casa dell'assistito. Le persone beneficiano di un voucher mensile secondo tre livelli di necessità assistenziale/protezione valutati dalla équipe di valutazione;
  - Residenzialità leggera/assistita: la misura avvia un percorso volto ad assicurare a persone anziane e >60enni in condizione di fragilità, ma con residue capacità nella gestione del se, una risposta di natura sociosanitaria capace di offrire soluzioni residenziali che seppur supportando i bisogni di natura assistenziale conservino un contesto di vita autonomo.

## 3.5 Ulteriori unità d'offerta della rete per le cronicità e le fragilità nell'area adulti con disabilità

- Residenze Sanitarie Assistenziali per Disabili (RSD): rappresentano una rete di Unità d'Offerta
  orientata ad offrire una risposta residenziale nei confronti delle persone disabili adulti gravi e gravissimi
  non assistibili al domicilio. Assicurano una risposta di natura sociosanitaria orientata anche ai bisogni di
  natura educativa, ricreativa e tutelare e si caratterizzano per la possibilità di offrire risposte di natura
  temporanea o definitiva;
- Comunità alloggio (CSS): rappresentano una rete di Unità d'Offerta di natura sociale accreditata per l'erogazione di prestazioni sociosanitarie. Sono indirizzate a realizzare a favore di persone disabili adulte percorsi di autonomia dal nucleo famigliare o sostitutivi dello stesso prioritariamente consolidando percorsi di inclusione sociale nei contesti di vita "normali";
- Centri diurni per persone con disabilità (CDD): rappresentano una rete di Unità d'offerta diffusa sul
  territorio regionale ed orientata ad assicurare una risposta diurna a favore di persone disabili
  gravi/gravissimi. Sono indirizzati ad assicurare una risposta sociosanitaria anche di natura educativa,
  ricreativa e tutelare orientata a consolidare e sviluppare sia le capacità personali residue che processi di
  inclusione sociale;

## 3.6 Le Unità d'offerta della rete per le cure palliative

Le cure palliative rappresentano l'insieme di prestazioni volte a garantire la miglior qualità di assistenza alle persone affette da malattie inguaribili (oncologici e non) nella fase terminale della vita. Si tratta di un complesso di cure caratterizzate da interventi sanitari (innanzitutto controllo del dolore e dei sintomi), socio-sanitari, psicologici, ecc., erogati da equipe di operatori a ciò preparati. La Lombardia si caratterizza per una Rete di cure palliative tra le più complesse e maggiormente sviluppate a livello nazionale, sia sul versante dell'Assistenza residenziale – Hospice in ambito sociosanitario e Unità di degenza delle Unità Operative di Cure Palliative ora Hospice sanitari - sia su quello dell'Assistenza domiciliare - Assistenza Domiciliare Integrata-ADI CP ed Ospedalizzazione Domiciliare di Cure Palliative nei malati oncologici-ODCP. L'accesso alle cure avviene attraverso il MMG, o il medico di una delle Strutture dedicate alle Cure Palliative. Le Cure palliative possono essere erogate:

• In regime residenziale: presso strutture di ricovero dedicate - "Hospice" ed "Unità ospedaliere di Cure Palliative" (UOCP) -;

- presso il domicilio della persona tramite:
  - l'Ospedalizzazione Domiciliare per le Cure Palliative (ODCP);
  - l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) assicurata da erogatori accreditati attraverso un voucher socio-sanitario.

I riferimenti normativi sono costituiti dalla DGR 4610 del 28/12/2012 -Determinazioni in ordine alla rete di cure palliative e alla rete di terapia del dolore in regione Lombardia in applicazione della legge 38 del 15 marzo 2010 "disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". La delibera definisce gli elementi costitutivi della rete e la loro organizzazione; la tipologia del paziente eleggibile alla rete delle Cure palliative; le indicazioni per la definizione di procedure organizzative/gestionali e di percorsi diagnostico-terapeutici di presa in carico e di assistenza; i requisiti di accreditamento; la qualità e appropriatezza di servizi e prestazioni.

- Hospice. Sono unità d'offerta residenziali socio sanitarie che ospitano persone non assistibili a domicilio
  in fase avanzata e terminale di una malattia ad andamento irreversibile, non più suscettibile di
  trattamento per la guarigione o il contenimento della progressione della malattia. Obiettivo principale
  è accompagnare la persona e la sua famiglia in questa fase della vita nel pieno rispetto della sua dignità,
  mediante il controllo del dolore e del disagio fisico e psichico.
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI Cure palliative). Eroga prestazioni domiciliari alle persone che
  necessitano di interventi palliativi. Gli erogatori accreditati per questa tipologia di attività devono
  assicurare requisiti di accreditamento specifici.

#### 4. RUOLO DELLE ATS E DELLE ASST

#### **4.1 ATS**

Rispetto all'erogazione dei LEA, ha la funzione di attuare le politiche regionali sul territorio di competenza con riferimento alla popolazione residente.

Per quanto concerne la rete territoriale e le sue funzioni, esercitate tramite i distretti, le ATS hanno il compito di governare e programmare le attività rivolte alla popolazione fragile e in particolare:

- a) governare l'individuazione e la valutazione della popolazione fragile tramite gli erogatori incaricati.
- b) garantire che sia assicurata, la presa in carico, anche in modo proattivo, delle persone fragili da parte dei gestori della rete e garantire la continuità assistenziale
- c) assicurare agli erogatori l'integrazione nell'ambito rete territoriale, definendo percorsi assistenziali a tutela delle persone fragili che assicurino agli utenti la libera scelta tra i vari erogatori
- d) promuovere modelli innovativi di presa in carico in grado di integrare le diverse risposte ai bisogni complessi di utenti fragili
- e) governa le cure primarie e gli altri servizi rimasti al distretto.
- f) governare l'integrazione con le prestazioni dell'ambito sociale.

Inoltre, l'ATS interviene come secondo livello nella gestione di casi che non trovano altrimenti percorsi adeguati.

Resta inteso che l'erogatore che effettua la valutazione multidimensionale ha il compito di garantire gli interventi assistenziali anche se non direttamente erogati, attraverso l'invio ad altri o attraverso forme di collaborazione con altri gestori, secondo i criteri di appropriatezza ed i vincoli programmatori definiti dalle ATS.

#### Parità fra gli erogatori

La ATS, nelle sue funzioni di PAC, gestisce la contrattualizzazione degli erogatori accreditati pubblici e privati del proprio territorio, costituendo la rete territoriale degli erogatori sanitari e sociosanitari. Indipendentemente dalla natura pubblica o privata dell'ente gestore, nei limiti della normativa e della regolamentazione di accreditamento, gli erogatori svolgono pari funzioni e sono soggetti agli stessi doveri, compresi quelli della valutazione multidimensionale, della presa in carico e della continuità assistenziale.

#### **4.2 ASST**

L'ASST ha il compito di contribuire, con gli erogatori privati accreditati, ad erogare le prestazioni ospedaliere e territoriali necessarie a garantire i LEA.

Per quanto concerne la rete territoriale e le sue funzioni:

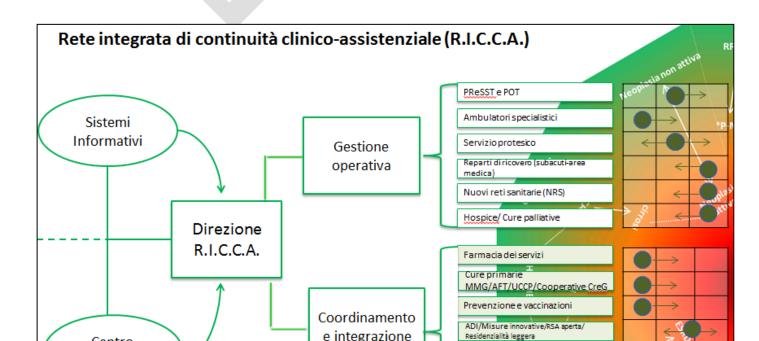
- a) è parte delle strutture individuate per l'erogazione della valutazione multidimensionale integrata, sulla base delle indicazione della ATS
- b) costruisce i percorsi intra-aziendali necessari per garantire la continuità delle cure agli utenti, integrando gli ambiti ospedaliero e territoriale
- c) si integra con gli altri erogatori accreditati per garantire i percorsi di continuità assistenziale interaziendali tramite prese in carico integrate o trasferimenti
- d) nell'ambito della programmazione definita dalla ATS, può attivare modelli innovativi di presa in carico (compresi POT e PreSST) in grado di dare risposta, anche in collaborazione con altri erogatori accreditati, nel rispetto della libera scelta e del rispetto delle priorità di accesso alle prestazioni erogate da enti accreditati.

Viene quindi confermato il ruolo della ASST come erogatore responsabile della presa in carico degli utenti fragili che si siano rivolti ad una delle sue articolazioni, prevedendo per questi utenti percorsi all'interno della ASST, che dispone di servizi territoriali in grado di erogare risposte anche in ambito sociosanitario, oppure integrati con altri erogatori afferenti alla rete degli erogatori accreditati o, infine, trasferendo l'utente, previo accordo, ad un altro erogatore accreditato (senza vincoli territoriali predefiniti).

## 4.3 Ruolo dei Comuni

In un'ottica complessiva di rete di welfare vanno considerati parte integrante ed integrata della rete anche il complesso dei servizi forniti dai comuni a favore delle persone con patologie croniche e con diversi livelli di non autosufficienza. In questo senso compito primario delle ATS è quello di definire con i Comuni ed i Territori specifici accordi che diano vita a reali percorsi di integrazione volti a garantire un modello di rete effettivamente centrato sul bisogno della persona fragile e del suo contesto famigliare ed orientata ad assicurare risposte non solo basate sul singolo bisogno o sul bisogno del singolo, ma volte a realizzare percorsi di sostegno e di inclusione/inserimento sociale capaci di sostenere percorsi di sostegno e di superamento della "emarginazione" che spesso caratterizza le persone croniche e fragili e le loro famiglie. Tale percorso perché alla prospettiva della presa in carico volta ad assicurare una qualità della risposta si passi ad una progettualità condivisa orientata alla qualità della vita delle persone croniche, fragili e delle loro famiglie.

## 5. MODELLO ORGANIZZATIVO: ARTICOLAZIONE E RESPONSABILITÀ



## 5.1 La struttura organizzativa della rete

La struttura organizzativa della RICCA della ASST è così composta:

- Direzione
- Gestione operativa delle unità d'offerta direttamente gestite dalla ASST
- Gestione del coordinamento e dell'integrazione con le unità d'offerta extra-aziendali
- Centro servizi
- Sistemi informativi
- Nodi della rete

La Direzione della Rete è affidata dalla Direzione Generale e afferisce alla Direzione Sociosanitaria.

Alla rete viene assegnato uno specifico budget annuale che comprende le risorse economiche, strutturali, tecnologiche e professionali, adeguate e funzionali al raggiungimento degli obiettivi assegnati.

La Direzione della RICCA è responsabile del funzionamento della rete stessa ed ha tra i seguenti compiti prevalenti:

- rilevare analizzare e monitorare la dimensione della cronicità nel territorio di competenza;
- recepire e attuare le indicazioni fornite dalla ATS in merito alla programmazione territoriale e agli obiettivi indicati;
- definire, nell'ambito della attività dell'ufficio di coordinamento e sviluppo, il Piano strategico
  pluriennale e il piano annuale di programmazione che esplicita gli obiettivi di gestione, la modalità
  organizzativa e la dimensione quali/quantitativa di presa in carico delle persone in condizione di
  cronicità e fragilità;
- assicurare la presa in carico del paziente cronico e fragile secondo gli **obiettivi** indicati nel Piano strategico;
- organizzare e gestire gli strumenti per rilevare periodicamente l'aderenza al PAI dei paziente in carico:
- coordinare i due ambiti di gestione operativa aziendale ed extra-aziendale sopra individuati;
- integrare all'interno della rete le risorse, le conoscenze ed i saperi;
- intervenire nella gestione del budget della rete;
- progettare e adottare sistemi di semplificazione per il paziente cronico e la sua famiglia, per facilitare l'accesso al livello di cura più appropriato e l'attivazione di pratiche e procedure amministrative;
- sviluppare le iniziative di e-Health per migliorare l'accesso alle cure e collocare il cittadino al centro della rete;
- condividere le informazioni con i nodi della rete e con gli attori del SSL per accrescere l'efficienza del sistema.

La **Direzione della RICCA** si avvale per le sue funzioni del supporto tecnico del sistema informativo aziendale (SIA) e del Centro Servizi (CS) nella sua duplice funzione gestionale e clinica.

Le aree della rete sono organizzate per la presa in carico del paziente cronico in relazione alle fasi di progressione della malattia.

Il Direttore Generale assegna le funzioni di gestione operativa delle unità d'offerta direttamente gestite dalla ASST, e di gestione del coordinamento e dell'integrazione con le unità d'offerta extra-aziendali, che hanno il compito di:

- gestire e coordinare le strutture di erogazione assegnate;
- partecipare alla programmazione e al controllo della attività;
- assicurare l'applicazione e l'aderenza al PAI dei pazienti arruolati e assegnati all'area di competenza;
- promuovere e assicurare l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate;

- garantire la collaborazione fra le aree della rete per favorire l'integrazione organizzativa e professionale;
- proporre, realizzare e gestire interventi di semplificazione per il paziente cronico e la sua famiglia, per facilitare l'accesso al livello di cura più appropriato e l'attivazione di pratiche e procedure amministrative.

#### I nodi della rete

I nodi della rete sono tutti i servizi che partecipano alla presa in carico del paziente.

La funzione di ciascun nodo è di attivare in modo proattivo la presa in carico del paziente, definire il PAI e stabilire una relazione orizzontale con i restanti nodi della rete per predisporre, condividere, organizzare e attuare il PAI in modo da garantire al paziente una presa in carico unitaria, anche attraverso diversi erogatori.

Il coordinamento e l'integrazione tra i nodi della rete si realizzano sulla base di **protocolli e procedure** validati dalla Direzione della rete, in collaborazione con tutti i soggetti interessati.

In relazione all'autonomia organizzativa di ogni singola ASST, ai nodi della rete a gestione diretta viene assegnata una posizione e collocazione conseguente alla complessità e alla situazione organizzativa e alla disponibilità di risorse di cui dispone ogni realtà aziendale affinché al nodo sia riconosciuto, anche formalmente, un ruolo e una posizione (posizione organizzativa/coordinamento, struttura semplice/complessa) tale da caratterizzarlo all'interno dell'organizzazione aziendale per la funzione innovativa che si sta sviluppando.

#### Centro servizi.

Il centro servizi, preposto al coordinamento degli interventi relativi alla presa in cura, sia di tipo sanitario che amministrativo, assicura al paziente assistenza nell'accesso alle prestazioni specialistiche necessarie e previste dal percorso di cura, assistenza nella gestione dell'agenda sanitaria (prenotazioni, contatto telefonico per ricordare; appuntamenti e accertamenti), operatori esperti che effettuano la presa in carico, di intesa con il Medico Curante e gestiscono le richieste di informazioni del paziente e/o di chi lo assiste.

**Sistemi informativi aziendali** sono preposti alla progettazione attuazione e gestione del sistema informativo della rete con l'obiettivo di rilevare costantemente la situazione della cronicità nell'ambito della ASST, rilevare le dinamiche della domanda /offerta territoriale, integrare le informazioni aziendali in ambito sanitario, sociosanitario e sociale, progettare e fornire all'area direzionale un sistema di reporting finalizzato al controllo operativo e alla verifica della efficacia e della efficienza della rete.

## 5.2 Gli strumenti di integrazione della rete

L'implementazione degli strumenti di integrazione e dei meccanismi operativi necessari a far funzionare le organizzazioni complesse, come nel caso della rete, vanno sviluppati e applicati tenendo conto delle peculiarità locali di ogni singola azienda. Per quanto riguarda il dimensionamento del sistema organizzativo della rete RICCA, ogni azienda deve preliminarmente considerare alcuni elementi fondamentali che devono orientarne l'organizzazione, anche in relazione alle specificità del territorio. Ad esempio: le esperienze maturate e lo sviluppo organizzativo in atto sul tema della cronicità e della fragilità, le competenze professionali presenti, la cultura organizzativa dell'azienda, il livello di collaborazione con i nodi extraaziendali della rete, ecc.

Considerata la natura della rete e gli obiettivi che deve assumere nel SSL gli **strumenti essenziali per l'integrazione sono:** 

la valutazione multidimensionale: intesa come esito dell'analisi di indicatori di fragilità qui intesi come fragilità di natura clinica (cronicità), funzionale (disabilità), relazionale e sociale (vulnerabilità) accompagnata da un'analisi dei "sostegni" qui intesi come risorse individuali, famigliari e sociali. L'integrazione degli elementi di fragilità con i sostegni produce una coerente analisi dei bisogni e delle aspettative della persona e della sua famiglia;

- la classificazione: intesa come esito della valutazione multidimensionale orientata a definire gli elementi quanti-qualitativi della risposta qui intesi come tipologia ed intensità della risposta;
- il **PAI**, anche nelle articolazioni educative o riabilitative, che contiene:
  - la declinazione degli obiettivi attesi;
  - la descrizione del percorso e del processo di presa in carico del paziente articolato attraverso l'individuazione e la declinazione delle prestazioni previste, dei tempi di attuazione, egli enti o erogatori o operatori coinvolti e degli adempimenti amministrativi;
- il case manager: è l'operatore "responsabile del caso" e della verifica della realizzazione del PAI della persona presa in carico e svolge il fondamentale ruolo di raccordo e collegamento fra i nodi della rete;
- l'istituzione, nell'ambito della rete, di un **centro servizi** preposto al coordinamento degli interventi sia di tipo sanitario che amministrativo relativi alla presa in carico;
- la formalizzazione, attraverso un processo di partecipazione e condivisione del piano strategico
  pluriennale e del piano annuale di programmazione della rete coerente con gli obiettivi di sistema
  e la conseguente assegnazione di obiettivi specifici ai nodi della rete a gestione ASST;
- l'implementazione di un **sistema informativo** che consenta la produzione e consultazione del PAI da parte di tutti i nodi della rete e la periodica verifica degli obiettivi attesi.

A tali strumenti si affiancano ulteriori iniziative e attività capaci di assicurare il concreto realizzarsi di un'integrazione di rete. Si evidenziano al riguardo:

- specifici **accordi con i MMG** per la collaborazione/partecipazione alla presa in carico e gestione del paziente cronico e fragile;
- accordi di collaborazione con unità d'offerta sociosanitarie accreditate presenti sul territorio, per garantire compiti di natura informativa nei propri bacini di riferimento;
- accordi di collaborazione con il Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali della propria ATS;
- specifiche intese con gli **Uffici di Piano** ed i **Comuni** per favorire l'integrazione delle attività di natura sanitaria e sociosanitaria con quelle di natura sociale sia in termini di valutazione multidimensionale che di erogazione di prestazioni

## 5.3 Il sistema operativo della rete

E' necessario che la rete formalizzi e adotti un proprio sistema operativo costituito dall'insieme dei processi che fanno funzionare operativamente la rete. Si riportano, a titolo esemplificativo, le indicazioni per alcuni dei principali processi:

- Accesso del paziente cronico nella Rete:
  - per iniziativa del paziente, attraverso il contatto diretto nei vari nodi della rete, in questo caso il referente del nodo avvia l'arruolamento del paziente e la definizione del PAI;
  - o su indicazione del MMG nell'ambito degli accordi definiti fra la rete ed i MMG;
  - o da parte di **uno dei nodi della rete** che nel corso della attività rileva lo stato di cronicità e avvia e gestisce la fase di presa in carico del paziente nella rete;
  - o **in modo proattivo** attraverso azioni/ iniziative adottate da un nodo delle rete utilizzando le fonti della BDA e le informazioni di classificazione della cronicità disponibili;
  - o mediante la realizzazione di azioni di reclutamento su determinati cluster di pazienti secondo le indicazioni programmatorie definite dalla ATS.
- Valutazione multidimensionale: è parte fondamentale del processo di presa in carico globale della
  persona e si configura come un'operazione dinamica e continua che segue il paziente e la sua famiglia
  nel percorso all'interno della rete dei servizi e ne rappresenta nel tempo l'evoluzione.

**Definizione:** Si tratta del momento valutativo che esplora le diverse dimensioni della persona nella sua globalità, ovvero principalmente la dimensione clinica, la dimensione funzionale, la dimensione cognitiva, la dimensione assistenziale, la situazione socio-relazionale-ambientale. La multidimensionalità della valutazione scaturisce dalla complessità e dalla globalità dei bisogni afferenti al paziente cronico e/o fragile.

Finalità: la Valutazione Multidimensionale:

- 1. esplora in maniera sistematica le diverse dimensioni della persona in relazione a diverse problematiche;
- 2. assicura l'appropriatezza dei successivi interventi di cura e riabilitazione;
- 3. è il riferimento per l'integrazione tra gli interventi di carattere sanitario, sociosanitario e sociale;
- 4. orienta alla individuazione della tipologia di servizio, struttura e intervento più appropriati a fronteggiare le esigenze paziente cronico e/o fragile;
- 5. pone le condizioni per definire il PAI.

La valutazione per la presa in carico del paziente cronico può essere effettuata con livelli, strumenti e intensità diversi, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza.

Gli **strumenti** per la valutazione multidimensionale possono essere compresi tra quelli gestiti da un singolo professionista, sino ad approcci molto complessi ed articolati con la necessità di un approccio multiprofessionale.

L'output della valutazione multidimensionale individua:

- l'area assistenziale (verde, gialla e rossa) in cui una determinata persona si colloca;
- le risorse necessarie per un intervento appropriato;
- i tempi per una nuova valutazione (se necessaria);
- i target assistenziali/livelli di miglioramento concretamente raggiungibili.

La valutazione multidimensionale è "fisicamente" realizzata dagli erogatori in grado di garantire le competenze necessarie, anche tramite la costituzione di equipe, e in grado di attuare o orientare <u>la conseguente presa in carico</u>, secondo i criteri di appropriatezza ed i vincoli programmatori definiti dalle ATS in attuazione delle indicazioni regionali.

La valutazione multidimensionale e la conseguente presa in carico sono soggette ai consueti controlli di appropriatezza.

La valutazione multidimensionale, essendo effettuata nel contesto di una potenziale presa in carico, tiene conto delle scelte individuali dell'utente e in base all'esito di tale valutazione consegue la presa incarico da parte di un erogatore (specie in caso di presa in carico da parte di erogatori sociosanitari) o il passaggio concordato con l'utente ad altro erogatore (come nel caso di una valutazione multidimensionale effettuata in ambito ospedaliero).

La valutazione multidimensionale va ristretta quanto più possibile agli utenti fragili con bisogni su diverse dimensioni assistenziali che necessitano follow-up/prese in carico durature, in cui, di norma, sono protagoniste o sono significativamente coinvolte le strutture sociosanitarie della rete territoriale. In tal senso, le persone portatrici di patologie croniche non necessariamente sono oggetto di valutazione multidimensionale, dovendosi escludere quelle in cui è conservato un adeguato "livello di funzionamento" e presentano bisogni incentrati nell'ambito sanitario.

La complessità e l'approfondimento raggiunto nel processo di valutazione multidimensionale potrà essere modulato rendendolo proporzionale al livello di fragilità della persona e, per altri versi, al tipo di risposta attesa al bisogno (es. la valutazione multidimensionale funzionale ad una presa in carico al domicilio dovrà valutare bene aspetti di contesto che passano in secondo piano per persone la cui prospettiva è l'istituzionalizzazione).

Il PAI, anche nelle articolazioni educative o riabilitative, proposto da un nodo della rete anche a seguito
della valutazione multidimensionale, deve essere redatto sulla base dei protocolli validati dal
responsabile delle rete. Il PAI viene condiviso col paziente e viene garantita la sua visibilità e
consultazione da parte di tutti i nodi della rete previa sottoscrizione del Patto di Cura da parte del

paziente. E' evidente che questo processo, che garantisce l'uniformità e l'integrazione delle rete, è un efficace e autorevole strumento di coordinamento organizzativo, che deve essere necessariamente gestito con appropriati e dedicati supporti tecnologici per evitare appesantimenti del percorso e rallentamenti nella erogazione delle prestazioni.

Il PAI costituisce lo strumento operativo con cui vengono esplicitati gli obiettivi e i risultati attesi a medio-lungo termine nei termini di mantenimento o miglioramento dello stato di salute del paziente, individuando la tipologia di servizi in grado di rispondere ai bisogni dell'utente, le prestazioni sanitarie e sociosanitarie che dovranno essere erogate (anche da più erogatori) e la tempistica degli interventi.

Il PAI è redatto sotto la responsabilità dell'erogatore che ha in carico il paziente, effettua la valutazione (anche multidimensionale), in collaborazione con gli altri erogatori coinvolti nella presa in carico.

• Il case manager. La figura del "responsabile del caso" è un professionista che opera come riferimento e "facilitatore" per la persona che ha bisogni complessi sanitari e sociosanitari e ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per migliorare l'efficienza dell'assistenza. E' fondamentale che sappia costruire un dialogo costante con l'utente e la sua famiglia. Il ruolo di case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda dei bisogni e della complessità del paziente. Viene individuato all'atto della stesura dell'avvio del percorso tra gli operatori di uno dei nodi della rete, in base alla prevalenza e alla intensità della risposta al bisogno. In tal senso, esso può essere, a titolo esemplificativo, il MMG (per le patologie croniche in fase iniziale), uno specialista (per pazienti con frequente ricorso alle prestazioni ospedaliere), un operatore del soggetto che eroga l'ADI (per i pazienti che usufruiscono di questa tipologia di servizio), l'operatore dei servizi sociali comunali (per le persone con prevalenza di questa tipologia di prestazioni). E' una figura fondamentale per una "presa in carico" che sia riconoscibile e ben presente nella vita dell'utente, in grado di interfacciarsi, secondo protocolli prestabiliti, con gli altri nodi della rete e attivare risorse e servizi, anche erogate da enti diversi e dalla comunità, per assicurare una risposta complessiva ed integrata a bisogni complessi della persona.

## 6. MODELLI DI CLASSIFICAZIONE DELLA CRONICITA' E STRUMENTI PER LA REMUNERAZIONE DELLA RETE

#### 6.1 Modelli di Classificazione della cronicità

Il disegno della Rete è riconducibile a un approccio di **Population Health Management**, finalizzato a modulare l'erogazione dei servizi sulla base del livello di rischio e delle effettive necessità assistenziali di specifiche categorie di pazienti, con forte attenzione ai processi di monitoraggio e alla valutazione di efficacia degli interventi.

Una possibile declinazione dei livelli di malattia (per un maggiore approfondimento si rinvia al documento "Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018"), utile a categorizzare i bisogni del paziente e quindi il livello di risposta assistenziale, distingue:

- malattie croniche in stadio iniziale, non complicate: in questa categoria confluiscono malattie che
  richiedono solo supporto all'auto-cura (self-management), monitoraggio frequente o interventi di
  promozione della salute o di prevenzione secondaria. I bisogni di questi pazienti trovano prevalente
  risposta nell'ambito territoriale delle cure primarie, attraverso una presa in cura proattiva che consenta
  di rallentare l'evoluzione della malattia e prevenire l'insorgenza di complicanze;
- malattie croniche complicate: questa seconda fase di evoluzione riguarda malattie già complicate, o
  casi con più condizioni morbose concomitanti, che richiedono l'intervento dello specialista, a volte
  anche in degenza ospedaliera per indagini diagnostiche o interventi terapeutici di maggiore
  complessità, indispensabili per stabilizzare la malattia ed evitare l'insorgenza di eventi acuti. Si tratta di
  pazienti con bisogni complessi, che necessitano di presa in carico e continuità delle cure, cioè di una
  gestione sinergica e integrata della malattia attraverso il raccordo continuo tra più professionisti del
  livello specialistico e delle cure primarie;

• malattie croniche complesse: rappresentano l'ultima fase evolutiva della malattia, nella quale confluiscono varie condizioni morbose che, pur provenendo da branche specialistiche diverse, sono assimilabili tra loro in termini di bisogni assistenziali e di cura, essendo caratterizzate dalla necessità di forte integrazione tra area sanitaria e sociosanitaria. Si tratta di situazioni di complessità tale da richiedere spesso cure ospedaliere (in emergenza-urgenza o in reparti ad alta intensità di cura o di alta specializzazione) seguite da lunghe fasi riabilitative e dal follow-up territoriale nei casi in cui la malattia superi la fase acuta, con necessità di integrazione con interventi sociosanitari (ADI, ecc.) o socio-assistenziali (Servizio Assistenza Domiciliare comunale), oppure cure palliative domiciliari e ricovero in hospice per i casi terminali. Questa fase comprende spesso pazienti fragili, non autosufficienti, che richiedono una valutazione multidimensionale del bisogno e interventi da parte di più professionisti in diversi ambiti assistenziali e di cura, oltre che la presenza di un familiare o di un altro care giver.

Ad ogni livello di malattia corrisponde uno specifico percorso di cura.

#### 6.2 Tariffe e Modelli di remunerazione

La remunerazione della gestione del percorso del paziente cronico all'interno della Rete rappresenta un potenziale cardine per la sua integrazione.

In alternativa ai modelli di remunerazione a prestazione (fee-for-service) che tendono a frammentare il percorso assistenziale, esistono modalità in grado di incentivare la presa in carico del paziente, l'integrazione dei servizi oltre che l'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni.

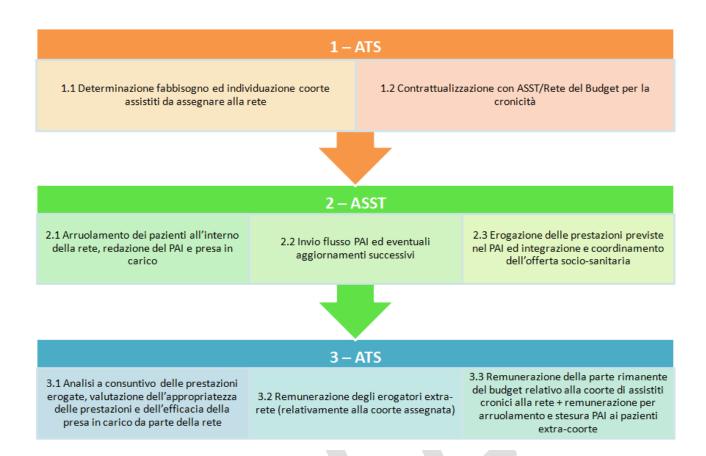
Fra questi, il pay-for-coordination restituisce una quota al responsabile del percorso dell'assistito all'interno della rete finalizzata a garantire la continuità e l'appropriatezza del percorso; i bundled payment definiscono invece la spesa tipica per un insieme di prestazioni in un determinato periodo di tempo che il responsabile del percorso utilizza per fornire i sevizi di assistenza al paziente, tipicamente rispetto ad una specifica condizione morbosa o episodio di cura; e i pagamenti a quota capitaria (o tariffa di presa in carico, o budget di cura), bilanciati per la complessità clinica del paziente, che restituiscono le risorse necessarie per la gestione di tutti i bisogni dell'assistito, e che, definiti per l'insieme dei pazienti presi in carico, definiscono un budget globale del gestore.

La definizione della tariffa di presa in carico, o budget di cura, per ciascun paziente viene definita attraverso una valorizzazione, basata sui dati storici applicando tecniche attuariali, della spesa attesa basata sul rischio clinico, ovvero bilanciata sul livello di bisogni assistenziali, definito attraverso opportuni meccanismi di stratificazione.

#### 6.3 Remunerazione della attività della rete

Di seguito si propone la modalità di remunerazione della rete per l'attività di presa in carico dei pazienti cronici, che persegue l'obiettivo di stimolare la presa in carico della cronicità e valorizzare comportamenti appropriati.

Nel budget assegnato alle ASST si dovrà suddividere la quota assegnata per la presa in carico dei pazienti cronici da quella relativa alla erogazione di prestazioni per i pazienti non cronici. In ogni caso, in fase di prima assegnazione, la quota complessiva sarà quella storicamente assegnata alla struttura. Di seguito si riporta esclusivamente la modalità di remunerazione relativa ai pazienti cronici presi in carico.



### Sistema di remunerazione ed effetti attesi

Il meccanismo di remunerazione indicato è finalizzato a generare un'elevata responsabilizzazione del gestore della rete e a stimolare la messa in atto di una serie di comportamenti virtuosi.

Il metodo proposto premia: l'attività e la capacità di lettura e analisi della domanda/offerta del fenomeno della cronicità in generale e dello specifico contesto; l'appropriatezza dell'offerta; l'efficacia e l'efficienza erogativa; l'effettiva presa in carico dei pazienti cronici; la gestione della domanda sanitaria e sociosanitaria all'interno della rete mediante il PAI; la fidelizzazione del paziente nei confronti della rete; la collaborazione e l'integrazione della rete con i MMG.

E' interesse del gestore della rete evitare che il paziente, a fronte di un'insoddisfazione reale o percepita, sviluppi una domanda inappropriata e incontrollata con conseguente incremento dei costi che penalizza, sotto il profilo finanziario, la rete e compromette gli obiettivi evolutivi del SSR.

Il rischio d'impresa vale a dire la possibilità che si generino situazioni ed eventi che pregiudicano lo svolgimento efficace ed efficiente della attività con negative ripercussioni economiche per il gestore dipende dalla capacità della rete di realizzare una reale integrazione sanitaria e sociosanitaria, attuare una effettiva presa in carico del paziente cronico, far interiorizzare al paziente e alla sua famiglia che la rete costituisce un riferimento e un presidio per la sua sicurezza.

## 7. IL SISTEMA INFORMATIVO: QUALITÀ/ MONITORAGGIO E CONTROLLO

In una visone strategica di breve e medio periodo, considerata tra l'altro l'evoluzione dell'offerta del sistema sanitario regionale, diventa strategicamente rilevante ripensare al sistema informativo delle aziende.

Gli obiettivi di evoluzione del SSL introdotti dalla LR 11 Agosto 2015 n.23, ed in particolare la presa in carico e la gestione del paziente cronico e l'integrazione fra l'area sanitaria, sociosanitaria e sociale, devono essere necessariamente sostenuti da uno specifico ed **adeguato sistema informativo aziendale**.

#### 7.1 Finalità

L'attività della rete deve essere supportata e organizzata da un sistema informatico, la cui fondamentale e imprescindibile **finalità** è di **connettere i nodi della rete** al fine di condividere le informazioni relative ai pazienti in carico, e consentire che ogni nodo della rete possa arruolare il paziente e conseguentemente implementare, gestire e verificare il percorso.

Oltre a questa funzione tipicamente operativa il sistema informatico deve consentire di organizzare il sistema informativo funzionale al responsabile della rete per attivare un sistema di reporting direzionale finalizzato a misurare l'efficacia e l'efficienza della rete, il grado di raggiungimento degli obiettivi e monitorare l'adesione individuale e aggregata ai PAI. Il sistema informativo deve soddisfare il fabbisogno informativo interno alla azienda sanitaria, in particolare verso i nodi della rete dell'ASST e e assolvere le esigenze informative esterne alla ASST in particolare verso i portatori di interesse dell'ambito territoriale e verso il sistema sanitario regionale.

All'interno della rete va garantita l'integrazione informativa fra la componente sanitaria- sociosanitaria e sociale, si tratta di consolidare un sistema di comunicazione fra questi settori per rendere fruibile una completa informazione sui servizi dedicati ed utilizzati dall'assistito. Lo scambio di informazioni consente di evitare /ridurre eventuali duplicazioni dell'offerta, ridurre le inefficienza operative, aumentare la tempestività dell'intervento.

## 7.2 Programmazione e monitoraggio

La rete deve dotarsi di un **sistema di programmazione, monitoraggio e valutazione** della propria attività integrato con il sistema di programmazione della ASST. Il poter disporre di queste informazioni consente di strutturare sia a livello di ASST che di sistema una serie di **indicatori** di valutazione della qualità e dei risultati del servzio in termini di efficienza, efficacia ed esiti.

#### 7.3 Evoluzione verso un sistema integrato

In generale lo stato attuale dei sistemi informativi del SSL si caratterizza per una separazione fra l'area territoriale sociosanitaria ed ospedaliera. Nella nuova prospettiva evolutiva del sistema sanitario si tratta si superare questa logica settoriale per **realizzare un sistema integrato** che consenta:

- la lettura dei bisogni della popolazione (già presente con la BDA);
- l'identificazione e classificazione dei pazienti cronici per patologie e livelli di complessità condivisi;
- il monitoraggio del percorso clinico del paziente in ogni ambito di presa in carico e cura.

In particolare, le aziende devono poter disporre di queste informazioni in modo organizzato e strutturato, per condividerle con gli specialisti ed i MMG di riferimento e profilare il sistema informativo a supporto di tutte le fasi di presa in carico e gestione del paziente cronico.

## 7.4 Esperienze in atto

E' in corso con LIspa ed in collaborazione con i POT sperimentali uno studio di fattibilità per produrre un **gestionale dedicato** alla rete in grado di soddisfare le condizioni informative ed operative indicate, realizzare l'integrazione con il SISS e la **generazione del PAI strutturato** che alimenta il fascicolo sanitario del paziente consultabile dal MMG, e dal paziente.

Una significativa esperienza è rappresentata dal sistema informativo di **valutazione del governo clinico** disponibile sul portale regionale che rende fruibile ad ogni ASL /azienda sanitaria un panel di indicatori per valutare le proprie performance rispetto all'obiettivo target. Un sistema che, con gli opportuni adeguamenti, può essere trasferito anche alla rete.

#### 8. FORMAZIONE E COMUNICAZIONE

#### 8.1 Formazione

La formazione del personale che opera nella Rete dell'ASST costituisce un fattore fondamentale per favorire il processo di costruzione e gestione della rete all'interno delle ASST.

In ambito regionale si intende sviluppare un piano formativo nei confronti delle aziende **articolato su tre direttrici** di fondo:

- o favorire la **conoscenza delle sperimentazioni** in atto per agevolare lo scambio di esperienze e condividere le best pratices;
- fornire alle aziende gli strumenti tecnici per progettare e realizzare un adeguato piano di comunicazione aziendale interno ed esterno all'azienda per favorire l'avvio della rete nella ASST;
- sostenere l'implementazione dei sistemi informativi per favorire la loro l'evoluzione dalla logica settoriale alla integrazione

#### 8.2.Comunicazione

L'implementazione e lo sviluppo della rete ASST rappresenta un'importante innovazione, destinata ad incidere profondamente sui percorsi di cura e sui modelli organizzativi aziendali di presa in carico e gestione dei pazienti.

Il successo di questa iniziativa è in larga parte conseguente alla capacità delle aziende di promuovere e gestire l'innovazione attraverso la messa in campo di una **strategia di comunicazione dedicata a diversi target (pazienti, comunità, professionisti della Rete e altri portatori d'interesse del territorio),** orientata a promuovere la conoscenza della rete della ASST per favorire e facilitare il rapporto e l'integrazione con tutti gli attori del sistema.

E' quindi necessario che le ASST sviluppino un'adeguata strategia e una conseguente azione di comunicazione, che deve essere organizzata e realizzata individuando principi, strumenti, tecnologia e relazioni che devono essere fra loro coordinati per ottenere il risultato voluto.

A tale scopo si ritiene utile programmare e attuare specifici eventi formativi dedicati alle ASST con l'obiettivo di accrescere le competenze per conoscere e gestire i principi della comunicazione in sanità e fornire gli elementi per predisporre, pianificare e attuare un efficace strumento di comunicazione interna ed esterna all'azienda per la condivisione degli obiettivi e delle strategie aziendali relative alla presa in carico della cronicità.

## 9. PERCORSO D'ATTUAZIONE DELLA RETE: PIANO DI FATTIBILITÀ

L'applicazione del modello della rete delineato richiede un percorso attuativo organizzato e progressivo che sarà inevitabilmente contrassegnato dalle caratteristiche peculiari di ciascuna ASST.

Al fine di consentire il monitoraggio della implementazione della rete e fornire l'adeguato supporto, le ASST dovranno predisporre e inviare un piano di fattibilità con contenuti di seguito definiti:

- dimensione della cronicità e modalità di presa in carico: valutazione della dimensione della cronicità rilevando la numerosità e la complessità della casistica, e le modalità di presa in carico con una previsione quantitativa della attività.
- assetto organizzativo della rete e procedure operative: rappresentare l'organizzazione della rete con l'indicazione dei nodi e le procedure operative che si intendono adottare;
- **risorse dedicate:** descrivere le risorse (personale, spazi e dotazione tecnologica) che si intendono dedicare alla rete, specificando se si tratta di risorse incrementali o già presenti;
- organigramma e funzionigramma della rete: il piano di fattibilità deve essere corredato dall'organigramma della rete e dal conseguente funzionigramma riportando le funzioni di ogni nodo e il profilo professionale dedicato.

• **tempi e fasi di attuazione della rete**: tempi di attuazione, specificando la data di avvio, eventuali fasi attuative intermedie e la relativa tempistica e la data di conclusione.

La Rete verrà approvata dalla DG Welfare.



#### **SUB ALLEGATO 2**

## RIMI - Rete Integrata Materno-Infantile

Sono riportati di seguito gli elementi specifici che attengono al Dipartimento Materno Infantile/Rete Integrata Materno Infantile – R.I.M.I".

L'area materno infantile non è una specialità d'organo ma insiste con diversi ambiti specialistici su una ben identificata fascia di età e su aspetti peculiare della salute della donne. E' di per sé multidisciplinare e non compresa in unica specialità di organo.

La Rete è la base per la realizzazione dei *percorsi assistenziali rivolti agli utenti che afferiscono all'area materno infantile* 

La Rete sarà **sia funzionale** – tramite l'aggregazione di singole professionalità e unità operative semplici e/o complesse, appartenenti contemporaneamente anche a dipartimenti e Istituzioni diverse da ASST orientate alla realizzazione di obiettivi comuni - **che gestionale** - dove si realizza la gestione integrata tramite l'aggregazione di unità operative semplici e complesse nell'ambito della ASST.

## Obiettivi e funzioni della rete territoriale

Obiettivo della rete è di attuare, nell'ambito della ASST, la presa in carico, attraverso modelli organizzativi adeguati e l'utilizzo di PDTA delle "delle donne, le madri, i neonati, i bambini e gli adolescenti per garantire la continuità nell'accesso dei Punti di Offerta dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali".

- a) All'interno della rete viene intercettata la domanda e posto le basi per il soddisfacimento della domanda appropriata sanitaria sociosanitaria e socio assistenziale dell'utente dell'area Materno Infantile attraverso l'erogazione delle prestazioni coerenti con i bisogni espressi e identificati da specifici Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali. La rete Materno Infantile si rivolge, in Regione Lombardia a una popolazione di circa 1.600.000 di abitanti in età pediatrica, a 85.000/90.000 gravidanze e altrettanti neonati ogni anno e agli aspetti ginecologici di tutte le donne della nostra Regione. Per realizzare questo obiettivo soddisfare le esigenze di una importante fetta di utenti le ASST dovranno avviare e progressivamente consolidare un sistema d'offerta, per questa specifica domanda, fortemente integrato.
- b) L'assistenza nell'area Materno Infantile deve essere caratterizzata da:
- EQUITÀ/FACILITA' DI ACCESSO, intesa come identificazione e ricerca attiva dei gruppi con bisogni
  di salute rilevanti non soddisfatti, coerente offerta dei servizi, migliore allocazione/distribuzione
  delle risorse sia a livello ospedaliero che territoriale e uniformità. Equità declinata anche tramite
  l'attenzione alle pratiche assistenziali non utili per poter garantire a tutti gli Utenti quanto
  necessario e ridurre I processi assistenziali non completi.
- APPROPRIATEZZA, intesa sia come appropriatezza clinica, cioè la capacità di fornire l'intervento più
  efficace date le caratteristiche e le aspettative di un determinato paziente, basandosi sulla
  evidenza scientifica, sia organizzativa, intesa come capacità di definire e garantire il livello
  assistenziale più idoneo alla erogazione delle cure necessarie.
- QUALITA' e SICUREZZA, basate sulla governance clinica, il risk management e la riorganizzazione basata sulla valutazione dei volumi di attività e degli esiti.
- INTEGRAZIONE TRA TERRITORIO e OSPEDALE, valorizzando adeguatamente le attività territoriali, in connessione con quelle ospedaliere, tramite lo sviluppo e la condivisione tra professionisti di percorsi assistenziali integrati attraverso la presa in carico e la continuità assistenziale. Elemento indispensabile nella programmazione e valutazione dei percorsi/reti è la presenza attiva dei fruitori finali (genitori, ragazzi e associazioni di volontariato).
- SVILUPPO DI TUTTE LE PROFESSIONALITA' SANITARIE, riorganizzazione delle attività assistenziali con la valorizzazione dei professionisti coinvolti nelle attività di cura del bambino (medico, infermiere, assistente sanitaria, ostetrica, riabilitatore, ecc. ...) a sostegno della presa in carico e della continuità assistenziale in integrazione anche con l'area sociale, socio-sanitaria ed educativa.

La rete dovrà coinvolgere tutti gli ambiti specialistici per la presa in carico l'assistenza e la prevenzione nell'età pediatrica, alle donne, alle donne gravide: ostetricia e ginecologia, neonatologia e terapia intensive neonatale, pediatria ( ospedaliera + territorio – cure primarie), medicina generale (per la quota che censisce età < 18 anni), chirurgia pediatrica (con eventuali branche specialistiche), neuropsichiatria infantile e dell' adolescenza. Tipicamente in ambito materno infantile l'attenzione è posta con pari intensità e priorità ai singoli soggetti e alle loro famiglie.

Dovranno essere compresi i diversi livelli organizzativi e specifiche articolazioni dei Servizi presenti attualmente operativi: Ospedale , Territorio – Cure Primarie, Consultori, Distretti, Continuità assistenziale , Strutture per residenzialità per minori con gravi disabilità, Centri diurni per persone con disabilità – "minori", Assistenza Domiciliare Integrata per i soggetti in età pediatrica, Asili Nido, Associazionismo e Volontariato, con tutte le diverse professionalità presenti: Medici, Ostetriche, Infermieri, Psicologi, Fisioterapisti, Assistenti Sociali ed Educatori.

Nella R.I.M.I. particolare attenzione dovrà essere posta nell'ambito dei programmi di divulgazione, sostegno ed effettuazione delle vaccinazioni, obbligatorie e non, con particolare focus sulle vaccinazioni in ambito neonatale e pediatrico. Lo sfruttamento razionale delle sinergie derivanti dalla legge 23 sul SSR consente di avvicinare la dimensione organizzativa e professionale dei medici "curanti" alla dimensione delle problematiche vaccinali. Si accorcia così la filiera tra divulgazione, sostegno ed effettuazione delle vaccinazioni aumentandone l'efficacia e l'efficienza. Andranno ipotizzati, tramite il coinvolgimento delle professionalità e il know how scientifico organizzativo degli Esperti in vaccinazioni, offerte vaccinali negli ambulatori dei PLS, degli Ospedali e dei consultori con il contributo organizzativo della R.I.M.I.

### I nodi della rete

La rete materno infantile delle ASST mette in relazione gerarchica, organizzativa e di risultato tutti i nodi di rete che direttamente afferiscono alla ASST e in relazione organizzativa e di risultato tutti gli altri nodi della rete che funzionalmente concorrono agli obiettivi di continuità assistenziale previsti dalla legge regionale 23/2015 sul rinnovamento del SSR e che a vario titolo afferiscono alle ATS. Lo stretto collegamento esistente tra territorio e rete rende necessario un ruolo centrale delle ATS nella programmazione e nel governo.

L'analisi della casistica trattata, la valutazione di specifici indicatori consentirà una valutazione dinamica nel tempo dei ruoli e delle funzioni al fine di un modello di rete che si adatta ai cambiamenti delle diverse esigenze degli Utenti e consente il cambio di ruolo dei diversi nodi.

Questo aspetto dinamico è elemento caratterizzante del modello operativo a rete dell'area Materno Infantile. Si favoriscono in questo modo gli elementi che sostengono un comportamento dinamico e proattivo dei professionisti nell'ambito di un obiettivo comune.

Cure primarie. Il Pediatra di libera scelta ha nel sistema sanitario il ruolo di mettersi al fianco degli assistiti e delle loro famiglie, che lo hanno liberamente scelto, per aiutarli a affrontare la loro storia di salute e malattia (Mantenere lo stato di salute - Prevenire, riconoscere e curare la malattia – Chiedere e accettare i supporti che il sistema offre). Il nodo di rete "cure primarie" si configura quindi come una delle componenti fondamentali per garantire l'appropriata gestione del paziente di età pediatrica in particolare nelle prime fasi di malattia. Questo vale anche per i medici di Medicina Generale che censiscono utenti con età < 18aa. L'attuale processo di riorganizzazione - quando possibile - delle cure primarie in AFT e UCCP, è volto a facilitare:

- a. Il coordinamento e la continuità dell'assistenza tra i diversi professionisti e tra differenti livelli organizzativi
- b. L'accesso ai servizi, sia direttamente che utilizzando strumenti come telefono, email e internet e la telemedicina;
- c. Il coinvolgimento e l'empowerment dei famigliari del minore, o, appena possibile, direttamente dell'assistito nei processi assistenziali attraverso ampio accesso alle informazioni, il counselling e il supporto all'auto-cura;

Supporto indispensabile per la realizzazione di quanto sopra declinato è la disponibilità di sistemi informativi – accessibili anche agli utenti e alle loro famiglie – in grado di esporre i risultati (e la qualità) degli interventi sanitari.

I rapporti del Sistema Sanitario con i singoli Pediatri di libera scelta e con le forme organizzative da questi costituite sono regolati dagli Accordi Collettivi Nazionali e dai conseguenti Accordi Regionali e Aziendali.

Affinché il ruolo dei Pediatri di libera scelta trovi adeguato spazio e supporto nella rete dell' Area Materno Infantile dell'ASST occorre quindi che:

- Vengano inseriti negli accordi tra ATS e PLS specifici impegni di partecipazione alla rete da parte dei singoli/AFT concordati con il responsabile della rete
- Vengano definiti a livello della rete atti di indirizzo/linee guida condivisi
  - o per la gestione dell'utente in età pediatrica all'interno della rete
  - o per la messa in atto di una relazione efficace tra i PLS e gli altri nodi della rete
- Gli atti di indirizzo e le linee guida, così definiti, siano diffusi e implementati tra i PLS del territorio attraverso eventi formativi concordati con i medici stessi
- I referenti/rappresentanti dei PLS di ciascuna ASST
  - o partecipino ai momenti di valutazione del contesto e di valutazione del funzionamento della rete stessa
  - o condividano gli strumenti informativi di monitoraggio da diffondere a tutti gli attori della rete e da porre a base per incontri di audit tra pari volti al miglioramento della qualità

**Ospedale.** Tutte le discipline presenti a livello ospedaliero coinvolte prioritariamente, o per una quota significativa, nell'assistenza degli utenti afferenti all'area materno infantile devono essere, almeno funzionalmente, coinvolte

- ostetricia e ginecologia
- neonatologia
- pediatria ospedaliera
- chirurgia pediatrica (con eventuali branche specialistiche)
- neuropsichiatria infantile e dell' adolescenza
- Terapia Intensiva Pediatrica

nei loro diversi livelli di assistenza e articolazioni organizzative.

Dovranno essere realizzate concrete azioni – compatibilmente con le specificità di ogni ASST - per ridurre il ricovero di pazienti in età pediatrica in U.O. diverse da quelle di Pediatria/Neonatologia/Terapia Intensiva Pediatrica e Chirurgia Pediatrica e per coinvolgere nell'ambito della rete tutte le U.O. che abbiano ricoveri o attività ambulatoriale significativa di utenti afferenti all'area materno Infantile.

Dovranno essere previsti modelli organizzativi con stretta connessione, nell'ambito dell'attività ambulatoriale, di ricovero e con i Consultori al fine di facilitare una continuità di assistenza che fluisca attraverso i diversi livelli di assistenza e quindi fluisca tra Territorio/Ospedale/Territorio senza ostacoli.

Dovranno essere favoriti i modelli assistenziali che considerino il gradiente di intensità delle cure e in particolare per l'ambito ginecologico il modello della "week surgery".

Le attività ambulatoriali sul territorio dovranno essere integrate con quelle Consultoriali al fine di una ottimale ed efficiente copertura territoriale.

**Consultori** rappresentano il livello organizzativo più avanzato a livello territoriale per la presa in carico delle problematiche inerenti alla famiglia, alla gravidanza consapevole, e agli aspetti preventivi, diagnostici e curativi della sfera ginecologica della donna in epoca fertile e non. Sono nodi centrali della rete Materno Infantile con funzioni fondamentali nella filiera del processo assitenziale .

Erogano prestazioni ambulatoriali socio assistenziali e socio sanitarie e rappresentano il luogo privilegiato per seguire le gravidanze fisiologiche/basso rischio anche con ambulatori dedicati e per l'esecuzione di diagnostica strumentale di primo livello. I consultori possono rappresentare anche le basi, distribuite nel territorio della ASST, per le visite domiciliari.

Le specifiche attività ambulatoriali vanno integrate con quelle Consultoriali al fine di una ottimale copertura territoriale.

#### Le Unità funzionali d'offerta della rete per le cronicità e le fragilità nell'area minori.

Una suddivisione rigida e schematica dei nodi della rete ha solo valore di facilitazione descrittiva e aiuta a definire e specificare meglio le diverse funzioni.

In alcuni ambiti la sovrapposizione tra età pediatrica, cronicità e fragilità è cosi evidente e forte che la separazione dei nodi della rete destinati a farsi carico delle problematiche specifiche è impossibile e non porta a risultati operativi apprezzabili.

In queste situazioni non è sufficiente un'integrazione dei nodi, ma l'offerta deve essere sostenuta da un nodo di "rete terzo" che rappresenti un unicum funzionale e organizzativo anche se integra diverse funzioni e attività.

L'area del bisogno assistenziale che intercetta la cronicità, la disabilità e l'età pediatrica è un paradigma di quanto detto e necessita di **integrazioni e sinergie profonde con la rete della cronicità,** oltre che agi tradizionali strumenti volti al sostegno della genitorialità che rappresentano gli strumenti di lavoro usuali del Dipartimento Materno Infantile.

Quest'area di bisogno è caratterizzata, più di altre, dalla centralità del ruolo genitoriale e dalla necessità di valutazione multidimensionale con definizione di progetti d'intervento volti a sostenere obiettivi riabilitativi e rieducativi con percorsi volti a favorire e sostenere un reale inserimento in contesti di vita sociale e di sostegno famigliare.

Questa è un'area, infatti, dove il concetto di "fragilità" deve essere connesso non solo al singolo soggetto ma deve estendersi includendo la dimensione famigliare e sociale che diventa parte integrante per una corretta valutazione rappresentando, al contempo, uno degli ambiti principali di intervento e l'area su cui basarsi per le ipotesi di soluzione/miglioramento.

Specifiche unità di offerta in questo ambito sono:

- Centri diurni per persone con disabilità (CDD): rappresentano una rete di Unità d'offerta diffusa sul territorio regionale ed orientata ad assicurare una risposta diurna a favore di persone disabili gravigravissimi. Sono indirizzati ad assicurare una risposta di natura educativa, ricreativa e tutelare orientata a consolidare e sviluppare sia le capacità personali residue che processi di inclusione sociale;
- Isitituti di Riabilitazione per minori
- Residenzialità per minori con gravi disabilità. La misura partendo dalla premessa che in alcune specifiche situazioni la famiglia di un minore con grave/gravissima disabilità può trovarsi nella condizione, talora anche temporanea, di non assicurare al minore la necessaria assistenza e gli adeguati supporti di natura educativa e relazionale prevede il ricorso a risposte di natura residenziale.
- Asili Nido: rappresentano una tipologia di Unità d'Offerta diffusa sul territorio e rivolta alla generalità dei minori, ma possono rappresentare un contesto di tipo educativo all'interno del quale realizzare mirati interventi di integrazione e di sostegno alle famiglie;
- Assistenza domiciliare (ADM)

Associazionismo. Per dimensioni, esperienza e capacità di risposta ai bisogni dei cittadini, il Terzo Settore della Lombardia ha assunto un ruolo strategico nel sistema di welfare regionale, grazie al patrimonio di capacità umane, professionali e organizzative impegnato nelle diverse associazioni, e alle politiche sanitarie e sociosanitarie di Regione Lombardia, da anni orientate al principio della sussidiarietà orizzontale. Sul territorio lombardo, attingendo ai dati dai registri del Volontariato, delle Associazioni senza scopo di lucro e delle Associazioni di Promozione sociale, sono presenti più di 7.000 organizzazioni, operanti in diversi ambiti. Tra di esse, le associazioni dei pazienti e dei loro familiari e, più in generale, quelle che si occupano di tutela degli assistiti costituiscono, nel contesto attuale di evoluzione del SSR una risorsa e una opportunità da considerare per migliorare la cura dei pazienti e l'attenzione e la cooperazione verso l'empowerment degli Utenti.

## Il ruolo dei comuni

In un'ottica complessiva di rete di welfare vanno considerati parte integrante della rete anche il complesso dei servizi forniti dai Comuni a favore dell'area di utenza che afferisce al DMI. Nell'ambito del ruolo di RIMI vanno ipotizzati momenti di condivisione sul piano programmatorio e operativo con i Comuni che

afferiscono alla ASST con l'obiettivo della integrazione e delle sinergie finalizzate essenzialmente alle situazione di fragilità e cronicità.

### R.I.M.M.I. (Rete Interaziendale Milano Materno Infantile)

L'esperienza della R.I.M.M.I (Rete Interaziendale Milano Materno Infantile – DDG della Direzione Generale Welfare 1988 del 18 marzo 2016)

RIMMI nasce da una radice in comune e dalla necessità di affrontare problematiche simili a quelle che sottendono l'esigenza della Rete Integrata Materno Infantile prevista per il resto della Regione.

Simili sono, infatti, la popolazione di riferimento e i bisogni di assistenza espressi e ovviamente gli obiettivi di salute.

Diverse appaiono, invece, le modalità organizzative necessarie per arrivare a medesimi obiettivi partendo da problematiche simili. La concentrazione di numerosi punti di erogazione con forte proiezione e specificità verso le problematiche espresse dalla popolazione afferente all'area materno infantile, la presenza di numerosi Centri di riferimento finalizzati anche alla ricerca e con caratteristiche di eccellenza rendono necessario un modello di integrazione con strumenti che consentano e governino una integrazione di grado elevato. Un modello organizzativo finalizzato al mantenimento ed alla accentuazione delle eccellenze e che al contempo, eviti gli sprechi derivanti da inutile ripetizione nell'offerta dei servizi territoriali e ospedalieri. Un modello che sappia cogliere al livello maggiore possibile l'opportunità d' integrazione con la ricca componente professionale dell'assistenza esistente sul Territorio della città di Milano.

RIMMI e RIMI due acronimi simili che sottendono problematiche simili con substarto ambientale diverso e con necessità di proposte organizzative diversificate ma non assolutamente divergenti.



#### **SUB ALLEGATO 3**

# Le competenze delle ASST in ambito medico-legale

La recente legge di evoluzione del sistema sociosanitario lombardo ha attribuito alle ASST il compito di garantire le funzioni e le prestazioni medico-legali (art. 7 comma 12 L.R. 33/2009 come innovata dalla L.R. 23/2015).

La successiva DGR contenente le "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016" ha ulteriormente dettagliato (Sub Allegato 3 – "Individuazione delle competenze sui macroprocessi aziendali in essere presso ATS e ASST a seguito della L.R. 23/2015") il passaggio di competenze alle UO Medicina Legale costituite presso le ASST, in materia di "erogazione delle prestazioni e degli accertamenti medico legali di competenza aziendale":

AMBITO RESPONSABILE	MACROPROCESSO	RESPONSABILE GESTIONE	PERIODO TRANSITORIO	GESTIONE A REGIME	
		ATTUALE		ATS	ASST
Erogazione	Erogazione delle prestazioni e degli accertamenti medico legali di competenza aziendale.	ASL	Vedi Nota 1		UO Medicina Legale

Nota1: Al fine di garantire la continuità dei servizi, per tutta la durata del periodo transitorio, i titolari delle funzioni di coordinamento, programmazione ed erogazione proseguono l'attività avvalendosi delle risorse già attualmente dedicate alla medesima attività a prescindere dalla nuova assegnazione, attraverso accordi formalizzati senza oneri aggiuntivi.

Figura 1: estratto dalla DGR Regione Lombardia n. X/4702 del 29/12/2015

Tale decisione, inserita nel quadro generale del perseguimento di una sempre più efficace *integrazione tra ospedale e territorio*, si armonizza con quella che, sul piano scientifico-disciplinare, è già stata *l'evoluzione delle competenze e funzioni medico legali*: dalla tradizionale accezione accertativo-valutativa, certificativa e necroscopica, a una progressiva assunzione di rilevanza della cosiddetta "medicina legale clinica", intesa quale supporto tecnico consulenziale alle strutture sanitarie territoriali e ancor di più a quelle ospedaliere nell'area della sicurezza dei percorsi assistenziali e della prevenzione e gestione del contenzioso per danno correlato alle attività sanitarie.

Si concretizza, pertanto, con l'attuazione della normativa di evoluzione del sistema sociosanitario regionale, la piena valorizzazione della natura "trasversale" delle competenze medico legali, attraverso l'assegnazione alle UO di Medicina Legale nell'ambito delle ASST dei compiti di supporto delle esigenze non soltanto della rete territoriale (prestazioni a prevalente natura certificativa ed accertativa), ma anche del polo ospedaliero aziendale. Si realizza in tal modo quanto rimarcato a più riprese nelle Regole di Sistema, relativamente alla disponibilità all'interno delle Aziende "di professionalità specializzate per la valutazione della responsabilità medica/sanitaria e del danno" (Deliberazione n° X/2989 del 23/12/2014) e alla "necessità di accrescere le competenze ... medico legali dei professionisti coinvolti nel processo di gestione del contenzioso ... nell'ambito dei Comitati Valutazione Sinistri" (Deliberazione n° X/4702 del 29.12.2015).

Con le premesse di cui sopra, allo scopo di individuare e dettagliare le competenze e funzioni medico legali che devono essere garantite da ciascuna ASST, si fornisce di seguito uno schema, che pone in evidenza la rilevanza trasversale di numerose tipologie di prestazione:

#### Attività comuni a Polo ospedaliero e Polo territoriale

- Partecipazione alle attività del Comitato Valutazione Sinistri e gestione istruttoria contenzioso medico legale (\*)
- Partecipazione alle attività delle Unità di Gestione del rischio sanitario (\*)
- Consulenze per le strutture aziendali, di area ospedaliera e territoriale, su problematiche medico legali o questioni attinenti al biodiritto
- Informazione ai cittadini e formazione degli operatori su tematiche del biodiritto, prevenzione dei conflitti, trapianti, sicurezza delle prestazioni sanitarie
- Consulenza in caso di violenza sessuale, maltrattamenti in famiglia e sui minori, consenso ai trattamenti sanitari
- Collegi medico legali in materia di inabilità lavorativa / inidoneità psicofisica al servizio
- Coordinamento delle attività nell'area della medicina necroscopica per area ospedaliera e territoriale

#### Attività di prevalente attinenza al Polo territoriale

- Coordinamento tecnico-scientifico e funzionale in ambito di certificazioni, monocratiche, a valenza medico-legale
- Collegi o commissioni medico-legali in materia di invalidità, cecità, sordità, handicap, disabilità
- Collegi di 2^ istanza avverso i giudizi espressi in sede monocratica (porto d'armi, esenzione cinture sicurezza, contrassegno disabili ecc.)
- Commissione medica locale per l'accertamento dell'idoneità alla guida dei disabili
- Pareri/certificazioni in merito a riconoscimenti di benefici di legge alle persone con disabilità (concessione speciale contrassegno etc.)
- Pareri per intrasportabilità, compatibilità con regime detentivo, capacità di partecipazione in giudizio, altre consulenze per Autorità Giudiziaria, Corte dei Conti, TAR ecc.
- (\*) Con la costituzione delle ASST e l'integrazione ospedale-territorio è da prevedere una competenza trasversale degli organi deputati alla gestione del rischio clinico (Gruppo di Coordinamento per la gestione del Rischio) e del contenzioso (Comitato di Valutazione Sinistri), estesa oltre che alle articolazioni aziendali ospedaliere anche a quelle territoriali (es.: area delle cure primarie, area delle dipendenze e consultoriale, etc)

### Prestazioni e funzioni medico legali suddivise per ambiti di intervento

- 1. certificazioni medico legali e attività collegiali
- Ai fini di una *omogenea definizione, nell'ambito del territorio regionale, di indirizzi organizzativi generali*, si rimanda alla declinazione seguente, che suddivide le funzioni e prestazioni medico legali per livelli crescenti di complessità:
- A. **Certificazioni medico legali:** si configurano come <u>prestazioni di "I livello"</u>, per le quali non è condizione necessaria la specializzazione in medicina legale.
- La diretta gestione, organizzazione ed effettuazione di tali attività può essere assegnata alla competenza delle articolazioni della rete territoriale delle ASST, mentre le UO di Medicina Legale devono fornire le indicazioni tecnico-operative e funzionali, curare l'aggiornamento e la qualità degli operatori relativamente a quelle certificazioni monocratiche caratterizzate dal bilanciamento degli interessi del singolo con quelli della collettività, tra le quali in particolare:
- idoneità alla guida, idoneità all'uso delle armi, deambulazione impedita o sensibilmente ridotta ai fini del rilascio dello speciale contrassegno, esonero dall'obbligo delle cinture dei sicurezza, elettori impediti a votare.
  - a. Altre prestazioni e funzioni medico legali: si tratta dell'insieme delle <u>prestazioni di "Il livello"</u>, vale a dire di tutte le attività per le quali è necessaria la formazione specialistica in medicina legale o che, per peculiarità tecnica, vengono individuate di diretta competenza delle UO di Medicina legale delle ASST.

Per l'elevata numerosità e per il carico amministrativo, alcune di queste funzioni possono prevedere l'assegnazione di competenze alle articolazioni distrettuali del settore rete territoriale delle ASST, nella fase organizzativa (locali, archivi, personale amministrativo e socio-sanitario) ed erogativa; l' Unità Operativa di medicina legale fornisce in tali casi le indicazioni tecnico-operative, cura l'aggiornamento degli operatori, monitora la qualità erogativa ed interviene operativamente con il contributo di medici afferenti anche ad altre branche specialistiche.

Si distinguono pertanto, tra le prestazioni di "Il livello", le seguenti tipologie:

- attività a gestione integrata (coordinamento tecnico-operativo a cura delle UO di Medicina Legale e supporto organizzativo da parte dei poli territoriali):
  - Commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile, dello stato di handicap e della disabilità (L. n. 68/99);
  - o attività amministrativa e di supporto per la Commissione Medica Locale patenti (prenotazioni e sedute);
- attività a totale gestione diretta a carico delle UO di Medicina Legale:
  - Commissioni cecità e sordità prelinguale<sup>4</sup>;
  - Commissioni per l'accertamento dell'idoneità alla guida<sup>5</sup>
  - Collegio medico per il ricorso avverso il giudizio espresso in sede monocratica al porto d'armi<sup>6</sup>
  - Commissioni per l'accertamento dell'inabilità lavorativa e dell'idoneità/inidoneità psico-fisica al servizio
  - Ogni altra prestazione, anche collegiale, che richieda attività di valutazione e di accertamento medico-legale
  - Partecipazione alle attività di gestione del rischio clinico e al Comitato Valutazione Sinistri;
  - Assistenza diretta medico-legale nel contenzioso giudiziario ed extragiudiziario in qualità di Consulente Tecnico di parte aziendale;
  - Consulenza per le strutture aziendali su problematiche medico-legali; formazione degli operatori e informazioni ai cittadini su questioni attinenti al biodiritto;
  - o Coordinamento delle attività nell'area della medicina necroscopica ospedaliero-territoriale
  - Gestione dell'istruttoria delle richieste di indennizzo per i danni da vaccinazione/trasfusione (L. 210/92).

## 2. Attività di medicina necroscopica:

fermo restando i compiti sopra descritti, con riferimento alla medicina necroscopica si richiama la circolare 7/SAN del 13/02/2004, che prevede che l'attribuzione dell'incarico di medico necroscopo può essere conferita anche a:

- medici di continuità assistenziale;
- medici di medicina generale e ai pediatri di famiglia con esplicita esclusione di svolgere detta funzione nei riguardi di propri assistiti.

previa specifica convenzione e formazione da concordare attraverso il comitato d'azienda e previo specifico accordo da stipulare a livello del comitato regionale, relativo anche alla tariffa per la prestazione che non rientra negli obblighi convenzionali.

3. Per le prestazioni medico-legali a valenza trasversale aziendale (ospedaliera e territoriale), come più sopra declinate, con particolare riferimento all'area del supporto nell'ambito del contenzioso da attività sanitarie, della partecipazione al Comitato Valutazione Sinistri e alle Unità di Gestione del Rischio Clinico, le UU.OO. di Medicina Legale transitate o prossime a passare alle ASST costituiranno il riferimento tecnico-organizzativo ed assicureranno il necessario coordinamento funzionale ed il supporto specialistico, anche per altre ASST nelle more degli adeguamenti dei rispettivi POA, come di seguito specificati.

Nella figura che segue è descritto lo schema del Dipartimento Funzionale Inter-aziendale di Medicina legale

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Ai sensi del D.M. 05/08/1991, n. 387 art. 1 comma 4, Regione Lombardia ha costituito Commissioni Mediche Provinciali per gli accertamenti della cecità civile (D. G. R. Regione Lombardia n. 35836 del 24/04/1998) e del Sordomutismo (D.G.R. 4/04/200 n. 6/49352)

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Ai sensi del D.P.R. 16/12/1992, n. 495 (e s.m.i.), art. 330 comma 16 le commissioni mediche locali sono costituite con il limite, almeno , di una per ogni milione di abitanti nel capoluogo di provincia ed almeno una per ogni cinquecentomila abitanti in ogni provincia, esclusi quelli del capoluogo.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Ai sensi del D.M. Sanità 28/04/1998 art. 4 comma 1 il collegio è di norma provinciale.

#### DIPARTIMENTO FUNZIONALE INTERAZIENDALE DI MEDICINA LEGALE

#### ASST afferenti al territorio di ATS

## S.C. Medicina Legale

Funzione di coordinamento IN AGGIUNTA ALLE FUNZIONI E PRESTAZIONI MEDICO LEGALI COMUNI A TUTTE LE ASST, RESTANO DI COMPETENZA DELLA ASST con funzioni di coordinamento

- Collegi o commissioni medico-legali a valenza centralizzata (cecità, sordità, inabilità/inidoneità al servizio, commissione medica locale, etc); Collegi Medici di ricorso (2 istanza) avverso i giudizi espressi in sede
- monocratica (porto d'armi, esenzione cinture sicurezza, elettore impedito ecc.);
- Attività ex legge n. 210/1992 e s.m.i.;
- Coordinamento attività di consulenza specialistica su tentiche di medicina legale e biodiritto nonchè per le Unità di Gestione del Rischio e nell'ambito del contenzioso medico legale
- Coordinamento tecnico-scientifico e amministrativo dei processi e coordinamento gestione informatizzata

U.O. Medicina Legale ASST ...

U.O. Medicina Legale ASST ...

U.O. Medicina Legale ASST ...

- Certificazioni, monocratiche, a valenza medico-legale;
- medicina necroscopica:
- Collegi o commissioni medico-legali territoriali (invalidità, handicap, disabilità)
- Pareri/certificazioni in merito a riconoscimenti di benetici di legge alle persone con disabilità (gravi patologie, contrassegno, valutazione multidisciplinare delle disabilità, ecc.)
- Consulenze per i diversi reparti ospedalieri per problemi medico-legali
- Partecipazione Unità Gestione del Rischio dinico e
- partecipazione/consulenza Comitato Valutazione Sinistri Accertamento collegiale morte (Legge 578/93) Informazione ai cittadini e formazione degli operatori su tematiche del biodiritto, prevenzioni dei conflitti, trapianti, sicurezza delle prestazioni sanitarie
- Consulenza per Autorità Giudiziaria (intrasportabilità, compatibilità con regime detentivo, capacità partecipazione in giudizi, consulenze in ambito di responsabilità professionale e danno alla persona), consulenze per Corte dei Conti, TAR ecc.
- Pareri medico legali per gli Uffici di Pubblica Tutela, per attri Enti e privati cittadini