RegioneLombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 2019 Seduta del 31/07/2019

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
STEFANO BOLOGNINI
MARTINA CAMBIAGHI
DAVIDE CARLO CAPARINI
RAFFAELE CATTANEO
RICCARDO DE CORATO
MELANIA DE NICHILO RIZZOLI
PIETRO FORONI
GIULIO GALLERA
STEFANO BRUNO GALLI
LARA MAGONI
ALESSANDRO MATTINZOLI
SILVIA PIANI
FABIO ROLFI
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera di concerto con l'Assessore Stefano Bolognini

Oggetto

PRIME INDICAZIONI PER L'AVVIO DEL PERCORSO DI RIORDINO E DI RICLASSIFICAZIONE DEI PRESST, DEI POT E DELLE DEGENZE DI COMUNITA' - (DI CONCERTO CON L'ASSESSORE BOLOGNINI) - (ATTO DA TRASMETTERE AL CONSIGLIO REGIONALE)

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

I Direttori Generali Luigi Cajazzo Giovanni Daverio

Il Dirigente Marco Salmoiraghi

L'atto si compone di 19 pagine

di cui 13 pagine di allegati

parte integrante

VISTA la seguente normativa nazionale:

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421";
- D.P.R. 14 gennaio 1997, "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
- Intesa ai sensi dell'art 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli 2014 – 2016 del 10 luglio 2014;
- Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", il quale prevede che le Regioni procedano alla ridefinizione della rete ospedaliera e al punto 10.1, fornisce le indicazioni per le strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera con particolare riferimento agli Ospedali di Comunità la cui sede fisica può essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali;
- Piano Nazionale della Cronicità di cui all'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15/09/16;
- D.P.C.M. 12/01/2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", con particolare riferimento all'art. 29;

RICHIAMATA la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità";

RICHIAMATI i seguenti documenti di programmazione regionale:

- D.C.R. 17 novembre 2010, n. IX/88 di approvazione del "Piano Socio Sanitario Regionale 2010/2014" (PSSR) la cui validità è stata prorogata dalla D.G.R. n.

X/2989 del 23 dicembre 2014 fino all'approvazione di un nuovo Piano;
- D.C.R. 10 luglio 2018 n. XI/64 "Programma regionale di sviluppo della XI Legislatura" (PRS);

RICHIAMATE le seguenti Deliberazioni di Giunta Regionale:
- 6 agosto 1998, n. VI/38133, "Attuazione dell'art. 12, comma 3 e 4, della l.r. 11.7.1997 n. 31. Definizione di requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie";
- 16 dicembre 2004, n. VII/19883, "Riordino della rete delle attività di riabilitazione";
- 16 febbraio 2005, n. VII/20774, "Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni relative all'attività di riabilitazione";
- 26 giugno 2007, n. VIII/5000 "Determinazioni relative alla assistenza di persone disabili presenti in strutture di riabilitazione";
- 30 marzo 2011, n. IX/1479, "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2011 – II° provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario";
- 4 aprile 2012, n. IX/3239, "Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare";
- 25 luglio 2013, n. X/499, "Determinazioni in ordine alle sperimentazioni realizzate ai sensi della DGR 4 aprile 2012, n. 3239 "Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare": indicazioni a conclusione del periodo sperimentale";
- 20 dicembre 2013, n. X/1185, "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014";
- 1 luglio 2014, n. X/2022, "Determinazioni in ordine all'evoluzione delle attività innovative ai sensi delle D.G.R. 3239/2012 e 499/2013. Fase transitoria";
- 31 ottobre 2014, n. 2569 "Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo" come modificata con DGR 29 dicembre 2015, n. 4702, "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2016";
- 10 aprile 2015, n. X/3383 "Attuazione delle DD.G.R. n. X/1182/2013 e n. X/2989/2014: Prima applicazione di profili e requisiti sperimentali della unità d'offerta sociosanitaria cure intermedie";
- 21 aprile 2017, n. X/6503 "Attivazione sperimentale di un "punto di primo intervento geriatrico" presso l'azienda di servizi alla persona "Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio" di Milano per l'appropriatezza della presa in carico dei pazienti anziani cronici e fragili che accedono al pronto soccorso dell'Asst Fatebenefratelli-Sacco, in attuazione dell'art. 9

della legge regionale n. 23/2015", che approva il "Progetto sperimentale Punto di Primo Intervento Geriatrico", con scadenza il 31/12/2017;

- 4 maggio 2017, n. X/6551 "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 33/2009";
- 22 giugno 2017, n. X/6766, "Attivazione sperimentale del progetto "STAR - Servizio Territoriale di Assistenza Residenziale" presso la fondazione Richiedei – Polo Socio-sanitario di Gussago, in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 23/2015", che approva un progetto di degenza di comunità, con scadenza il 31/12/2017;
- 3 agosto 2017, n. X/7038, "Ulteriori determinazioni e indicazioni operative per la procedura di valutazione degli idonei di cui alla d.g.r. n. x/6551 del 04/05/2017: riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n. 33/2009";
- 17 gennaio 2018, n. X/7768 "Istituzione della nuova unità d'offerta Servizio Residenziale terapeutico–riabilitativo a media intensità per minori e contestuale riclassificazione delle strutture residenziali di riabilitazione per l'età evolutiva ex art. 26 legge 833/78";
- 24 settembre 2018, n. XI/553, "Determinazioni in ordine alle attività sperimentali di cui alla DGR n. X/6503 del 21/4/2017 e alla DGR n. X/6766 del 22/6/2017";
- 17 dicembre 2018, n. XI/1046 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019;

RILEVATO che la citata DGR n. XI/1046/2018 prevede l'adozione di provvedimenti di Giunta in materia di:

- ridefinizione delle tipologie di offerta di riabilitazione e di cure di transizione sia ospedaliere che territoriali;

- definizione dei servizi e delle tipologie di offerta erogabili dai Presidi Socio Sanitari territoriali (PreSST) e dai Presidi Ospedalieri Territoriali (POT);

- definizione dei requisiti di esercizio e di accreditamento dei PreSST e dei POT;

- valutazione della rete d'offerta esistente con le indicazioni che consentano alle ATS di programmare sul proprio territorio il riordino dell'offerta esistente e l'eventuale messa a bando di nuovi servizi";

RILEVATO altresì che, per dare adeguate risposte ai bisogni sempre più impattanti di presa in carico provenienti dal territorio e dalle stesse strutture ospedaliere, l'integrazione ospedale-territorio rappresenta un fondamentale obiettivo

strategico del sistema sociosanitario regionale;

ATTESO che, in attuazione della DGR 1046/2018, un gruppo di lavoro di approfondimento tecnico composto da rappresentanti della Direzione Generale Welfare ha elaborato il documento: "Il percorso di integrazione ospedale-territorio: implementazione della rete dei PreSST, dei POT e definizione delle degenze di comunità", che contiene i primi elementi utili per il riordino e la riclassificazione delle unità d'offerta citate e della relativa tipologia di servizi;

DATO ATTO che il documento è stato presentato alle ATS, alle Organizzazioni Sindacali, alle Associazioni dei gestori sociosanitari, all'Ordine degli Infermieri e all'Ordine dei Medici e che sono state valutate le osservazioni pervenute dai loro rappresentanti;

RITENUTO pertanto di:

avviare il percorso di riordino e di riclassificazione dei PreSST, dei POT e delle degenze di comunità;

- approvare a tal fine le prime indicazioni contenute nel documento "Il percorso di integrazione ospedale-territorio: implementazione della rete dei PreSST, dei POT e definizione delle degenze di comunità" allegato 1, parte integrante del presente provvedimento;
- dare mandato alla Direzione Generale Welfare di effettuare, per il tramite delle ATS e a seguito di confronto con gli stakeholder, un'analisi dei fabbisogni territoriali e una valutazione dell'impatto complessivo del provvedimento, considerando gli aspetti economico, finanziario ed organizzativo, nonché di formulare una proposta di riordino;
- dare altresì mandato alla Direzione Generale Welfare di predisporre i successivi provvedimenti necessari all'attuazione del percorso di riordino;

RITENUTO di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia www.regione.lombardia.it;

VAGLIATE ed ASSUNTE come proprie le predette determinazioni;

Ad unanimità dei voti, espressi nelle forme di legge**;**

DELIBERA

1. di avviare il percorso di riordino e di riclassificazione dei PreSST, dei POT e delle degenze di comunità;

2. di approvare a tal fine le prime indicazioni contenute nel documento "Il percorso di integrazione ospedale-territorio: implementazione della rete dei PreSST, dei POT e definizione delle degenze di comunità" allegato 1, parte integrante del presente provvedimento;

3. di dare mandato alla Direzione Generale Welfare di effettuare, per il tramite delle ATS e a seguito di confronto con gli stakeholder, un'analisi dei fabbisogni territoriali e una valutazione dell'impatto complessivo del provvedimento, considerando gli aspetti economico, finanziario ed organizzativo, nonché di formulare una proposta di riordino;

4. di dare altresì mandato alla Direzione Generale Welfare di predisporre i successivi provvedimenti necessari all'attuazione del percorso di riordino;

5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia www.regione.lombardia.it;

6. di trasmettere il presente provvedimento al Consiglio regionale ai sensi dell'art. 15, comma 2 l.r. 33/2009;

7. di attestare che il presente provvedimento non rientra nell'ambito di applicazione degli artt. 26 e 27 del D. Lgs. 33/2013.

IL SEGRETARIO

ENRICO GASPARINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

Il percorso di integrazione ospedale-territorio: implementazione della rete dei PreSST, dei POT e definizione delle degenze di comunità

L'integrazione ospedale-territorio

L'integrazione ospedale-territorio rappresenta un fondamentale obiettivo strategico dell'odierno sistema sociosanitario regionale.

I fattori che stanno alla base di questa necessità sono molteplici sia in relazione alla domanda che all'offerta.

Dal lato della domanda:

- cambiamenti demografici, rappresentati dall'aumento della popolazione anziana, dell'aspettativa di vita alla nascita e dalla trasformazione della struttura familiare che evidenzia, tra l'altro, la significativa quantità di famiglie unipersonali;
- cambiamenti epidemiologici che vedono in primo piano:
    - l'aumento delle patologie croniche;
    - la presenza di pazienti anziani, complessi e poli-patologici che ricorrono spesso ai servizi sanitari e all'ospedalizzazione, richiedono tempi di degenza in genere più lunghi, hanno un maggior bisogno assistenziale con necessità di risposte sociosanitarie integrate;
    - l'aumento sia dell'incidenza sia della prevalenza di persone con "disabilità acquisite" o malattie degenerative/evolutive con il conseguente incremento di persone che presentano condizioni di elevata "fragilità" cui si associano spesso condizioni di "vulnerabilità sociale";
    - altri determinanti di salute quali, ad esempio, i fattori socioeconomici e gli stili di vita che contribuiscono in maniera importante alla longevità della comunità;
    - le aspettative crescenti di assistiti e famiglie sempre più «empowered».

Quanto sopra evidenzia come, a livello territoriale, sia oggi in forte incremento la domanda di una "presa in carico" nella quale alla dimensione più propriamente sanitaria si associ e si connetta la dimensione di natura sociosanitaria in quanto capace di far coincidere la qualità delle cure con la qualità della vita della persona che ne fruisce.

Dal lato dell'offerta:

- innovazioni tecnologiche e delle tecniche mediche, che richiedono concentrazione della casistica in pochi centri ospedalieri, modificano i processi e i setting assistenziali e possono devolvere attività ospedaliera sul territorio o a domicilio;
- progressiva diminuzione dei posti letto per pazienti acuti;
- cambiamenti nella demografia professionale con professionalità emergenti e crescente carenza di medici specializzati, soprattutto in alcune discipline.

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, queste necessità emergenti richiedono, a fianco della tradizionale rete delle unità d'offerta di natura sociosanitaria domiciliare, semiresidenziale e residenziale, lo sviluppo delle nuove tipologie di offerta, quali i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e i Presidi Socio Sanitario Territoriale (PreSST), secondo quanto previsto dalla l.r. 33/09 a seguito delle modifiche introdotte con la l.r. 23/15, con il contestuale riordino del settore delle cosiddette degenze di comunità, capaci di assicurare nel quadro del principio della presa in carico risposte sempre più integrate al bisogno di assistenza sanitaria e sociosanitaria anche in stretta collaborazione con l'offerta dei servizi sociali.

In questo senso il percorso nelle degenze di comunità dovrebbe essere parte di un percorso più continuativo di presa in carico della persona cronica e/o fragile nel quale realizzare soluzioni assistenziali, spostando l'asse delle cure dall'ospedale e dalle unità d'offerta residenziali al domicilio come luogo di vita.

Al fine di assicurare alla persona con bisogno di cura e assistenza il necessario accompagnamento e l'indispensabile continuità nel percorso di cura territoriale e un appropriato utilizzo dei servizi disponibili, dovranno essere individuate strutture organizzative di coordinamento (centri multiservizi o centrali per la continuità assistenziale) nelle ASST o in altri enti del sistema che, in stretto collegamento con le ATS, siano in grado di svolgere le funzioni di valutazione multidimensionale e case-management, di supportare il percorso di presa in carico e, nello specifico:

- identificare i bisogni di natura clinico-assistenziale degli utenti attraverso la valutazione multidimensionale (effettuata dalle strutture segnalanti o direttamente in caso di provenienza dal territorio);
- mantenere aggiornata la mappatura dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari presenti sul territorio e delle relative modalità di accesso;
- individuare la disponibilità di posti nelle unità d'offerta territoriali;
- ricevere le segnalazioni di dimissione/le richieste di accoglienza in unità d'offerta sociosanitarie e individuare le possibili strutture idonee;
- definire protocolli di dimissione/ammissione protetta che tengano conto anche del possibile invio di pazienti dai pronto soccorso ospedalieri;
- interagire con le strutture di degenza di comunità e la persona interessata o con il care-giver familiare per assicurare, al momento della dimissione da tali strutture, la continuità della presa in carico del paziente e il percorso di accompagnamento al domicilio attraverso l'ADI o ad altra soluzione residenziale;
- modulare interventi di cure primarie integrandole sempre più con la medicina specialistica, spostando sul territorio la risposta a bisogni di medio-bassa intensità.

Le ATS, con funzione programmatoria, e le ASST, con funzione organizzativa gestionale, sono chiamate a guidare il processo di riordino sulla base di una puntuale rilevazione dei bisogni di natura sociosanitaria nei diversi territori, anche al fine di definire l'entità delle risorse necessarie e individuare le strutture prioritariamente da convertire in POT e PreSST, da realizzare in un contesto di attenta analisi dei bisogni sociosanitari in un quadro di raccordo tra domanda e offerta.

Si prevede, contestualmente al riordino, la necessità di avviare da parte delle ATS e delle ASST coerenti processi di riqualificazione delle risorse umane attribuite alla rete territoriale e di aggiornamento della dotazione tecnologica utile all'attuazione dei percorsi anche tramite lo sviluppo di soluzioni di tecno-assistenza.

In tale contesto il quadro delle attività e dei servizi programmati dovranno tenere conto di un approccio multidirezionale includendo percorsi che vanno dall'ospedale al territorio ma anche dal territorio all'ospedale in un'ottica di presa in carico appropriata.

PreSST – Presidio Socio Sanitario Territoriale

Il PreSST, così come definito dalla legge regionale n.33/09 e s.m.i., costituisce una modalità organizzativa di riferimento che ha lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale e concorrere alla presa in carico della persona e delle fragilità.

Eroga, direttamente o attraverso accordi di rete con erogatori accreditati e a contratto, prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità rivolgendosi prioritariamente ai soggetti del territorio di riferimento, i cui bisogni richiedono una risposta fortemente integrata tra l'ambito sanitario, sociosanitario e sociale.

Nel quadro della presa in carico integrata delle persone fragili assicura direttamente o d'intesa con erogatori accreditati e/o a contratto la valutazione multidimensionale e la definizione del progetto individuale.

Il PreSST rappresenta, pertanto, la struttura fisica:

- in cui si realizza l'integrazione e il coordinamento tra l'ambito delle cure primarie, delle cure specialistiche e le attività assicurate dalle unità d'offerta sociosanitarie;
- dove è possibile e auspicabile realizzare l'integrazione tra le attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, in particolare quelle a favore delle persone fragili, promosse e realizzate nel rispetto delle competenze degli enti di riferimento. Può, inoltre, favorire il collegamento con le associazioni di volontariato.

I PreSST devono essere ben identificabili dal cittadino e possono essere costituiti all'interno di strutture, quali presidi ospedalieri, distretti, poliambulatori, strutture territoriali e unità d'offerta sociosanitarie, collegate in via informatica con l'azienda di appartenenza e dotate di strumentazioni di base. Costituiscono sedi privilegiate per l'esercizio della medicina di iniziativa nei confronti delle cronicità e delle fragilità e concorrono a garantire la continuità delle cure.

Il PreSST assicura:

- la promozione della salute e il miglioramento della gestione del percorso di cura sul territorio;
- la presa in carico delle persone fragili con particolare attenzione alle persone disabili e non autosufficienti attraverso la lettura integrata dei bisogni realizzata con gli strumenti della

valutazione multidimensionale e la definizione di un piano di assistenza individualizzato che garantisca una risposta integrata di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale;
- la presenza di servizi di prossimità al cittadino, garantendo punti di accesso al sistema sociosanitario e sociale integrato con particolare attenzione al soggetto cronico e fragile;
- il miglioramento dell'allocazione delle risorse sanitarie, sociosanitarie e sociali presenti sul territorio (comprese le farmacie dei servizi).

Attività e prestazioni

Il PreSST deve prevedere la presenza delle seguenti aree di intervento di base così suddivise:

1) *area dell'accoglienza*: un punto di accoglienza che fornisce, oltre ai servizi amministrativi di supporto, informazioni e orientamento ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali del territorio;
2) *area della presa in carico delle persone disabili e non autosufficienti*: servizio destinato ad assicurare, anche d'intesa con le unità d'offerta sociosanitarie e sanitarie presenti sul territorio, la valutazione multidimensionale, la definizione del "progetto individuale", l'individuazione dei sostegni necessari alla realizzazione del progetto individuale, l'accesso alle misure regionali o nazionali loro dedicate e l'attivazione della rete dei servizi;
3) *area della medicina territoriale*: attività erogate da MMG/PLS singoli o associati, con la presenza di personale di studio (nel caso di presenza di medici singoli devono essere adottate modalità di integrazione organizzativa);
4) *area della specialistica ambulatoriale e degli ausili e protesi*: attività di specialistica ambulatoriale accreditata, prevalentemente indirizzata a garantire i percorsi assistenziali territoriali, con particolare orientamento alla gestione degli assistiti con patologie croniche compensate e ad alta prevalenza (come ad esempio cardiologia, diabetologia e oculistica) e a quello delle persone disabili e non autosufficienti con interventi volti ad assicurare le diverse fasi per l'erogazione degli ausili e protesi necessarie;
5) *ambulatorio infermieristico* rivolto a singoli e a gruppi di assistiti in grado di garantire il management nei confronti della persona cronica/fragile e prestazioni infermieristiche quali interventi di educazione terapeutica, supporto e verifica dell'aderenza alle prescrizioni, prestazioni assistenziali, ecc.
6) *area sociale*, se presente: erogazione delle prestazioni del servizio sociale per le persone di cui ai punti precedenti nel rispetto delle competenze degli enti e delle procedure di riferimento, ivi compreso assicurare le necessarie informazioni sul tema della protezione giuridica.

Inoltre, presso il PreSST possono essere presenti le seguenti attività complementari:

- servizio di continuità assistenziale;
- centro servizi per la presa in carico del paziente cronico;
- servizi di teleassistenza/telemedicina;
- sportello di scelta e revoca;
- prestazioni di prevenzione (screening, vaccinazioni) e di promozione della salute;
- assistenza domiciliare integrata;
- farmacia/farmacia dei servizi;
- consultorio familiare;
- servizi ambulatoriali per le dipendenze (Ser.D. o S.M.I.);
- servizi sociali dei Comuni;
- sportello informativo di natura sociale;
- spazi per la presenza di associazioni territoriali, nel rispetto dei principi di economicità, trasparenza e imparzialità.

Le attività dei PreSST possono coesistere e integrarsi negli spazi con le seguenti attività autorizzate e accreditate nelle rispettive unità d'offerta di carattere sanitario (per le quali dovranno mantenersi i requisiti già previsti), ovvero:

- macroattività ambulatoriali complesse (MAC);
- diagnostica di base (punto prelievi, point of care, radiologia tradizionale, ecografia, ecc.);
- centri di dialisi territoriali (CAL).

Requisiti minimi del PreSST

Sia pure in una logica di estrema flessibilità strutturale ed organizzativa, i PreSST devono possedere gli standard necessari ad assicurare lo svolgimento delle proprie funzioni.

Requisiti strutturali

Il PreSST, per i servizi di natura sanitaria e sociosanitaria erogati, deve rispettare la normativa di riferimento rispetto ai requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali di cui al D.P.R. 14 gennaio 1997.

Il PreSST è un presidio territoriale, ovvero un luogo ben identificabile, riconoscibile e di riferimento per i cittadini.

Il PreSST deve prevedere un'area di accesso e un'area per l'erogazione delle prestazioni sanitaria, sociosanitaria e sociali, qualora presenti.

L'area di accesso comprende:

- area di accoglienza e accettazione;
- area di attesa;
- area per le attività amministrative;
- servizi igienici per l'utenza, di cui almeno uno attrezzato per non autosufficienza.

L'area erogativa prevede:

- gli studi dei MMG/PLS;
- l'area per la presa in carico delle persone disabili e non autosufficienti;
- gli ambulatori e i locali per lo svolgimento delle altre attività eventualmente presenti in ambito sanitario o sociosanitario;
- i locali per le attività sociali, qualora presenti.

Gli spazi e i locali devono possedere i requisiti già previsti dalla vigente normativa di settore e devono essere idonei a garantire il rispetto dei requisiti di autorizzazione e accreditamento per le attività svolte.

Requisiti organizzativi.

Ciascun servizio sanitario o sociosanitario presente nel PreSST opera applicando i requisiti di autorizzazione e accreditamento previsti dalla normativa per la specifica attività.

Il responsabile sanitario del PreSST deve essere in possesso di laurea in medicina e chirurgia e può essere responsabile di più PreSST presenti nella stessa azienda.

Il coordinamento delle attività è garantito da una figura individuata dal legale rappresentante.

Per ciascun PreSST sono definite:

- le funzioni del responsabile sanitario;
- le funzioni del coordinatore;
- le modalità di coordinamento delle attività e il raccordo con i soggetti presenti interni ed esterni che sono coinvolti nel PreSST attraverso un documento aziendale validato dalla direzione;
- la procedura per la supervisione e il monitoraggio del corretto svolgimento delle varie funzioni all'interno del PreSST stesso (tempistiche, occupazione degli ambulatori, rotazione del personale, strumentistica, etc.);
- le procedure operative ritenute necessarie all'organizzazione per ogni singola area di intervento;
- le modalità di coordinamento, nel rispetto della normativa vigente, dei sistemi informativi utilizzati dai vari soggetti.

Il punto di accoglienza deve prevedere l'apertura giornaliera per almeno 5 giorni a settimana ad esclusione delle giornate festive.

L'orario di apertura è stabilito sulla base delle esigenze del territorio in accordo con la ATS.

POT – Presidio Ospedaliero Territoriale

La l.r. 33/2009 definisce i POT quali "strutture multi servizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e di prestazioni ambulatoriali e domiciliari".

Come ribadito nella D.G.R. n. X/6551 del 04/05/2017, i POT sono strutture a valenza territoriale per la gestione ed erogazione di servizi di carattere sanitario, sociosanitario con forte connessione alla componente sociale rivolti a pazienti cronici, prevalentemente complessi e fragili.

Rappresentano un nodo funzionale della rete dei servizi di diagnosi, cura e assistenza dei pazienti cronici, anche per malati problematici con bisogni complessi, che devono effettuare ripetuti controlli dello stato di salute per evitare lo scompenso della malattia e che richiedono quindi molteplici servizi e livelli di assistenza del sistema sanitario e sociosanitario.

I POT devono operare integrando i servizi di tipo sanitario ospedalieri, domiciliari, ambulatoriali e residenziali di media e bassa intensità, con i servizi tradizionalmente in carico all'ambito sociosanitario e favorendo l'integrazione e la comunicazione tra gli operatori sul singolo percorso.

A tal fine, oltre ai medici specialisti, i POT possono avvalersi dei MMG/PLS che partecipano all'interno della struttura alla gestione sanitaria dei propri pazienti ricoverati con differenti livelli di collaborazione, nell'ambito di accordi specifici stipulati con l'ASST e con l'ATS di riferimento.

Si configurano prevalentemente come strutture residenziali volte ad assicurare una risposta temporanea per livelli di assistenza più complessi di quelli dei PreSST e devono assicurare l'attività di degenza di comunità.

Deve, inoltre, essere assicurato un punto di accoglienza che fornisca, oltre ai servizi amministrativi di supporto, informazioni e orientamento ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali del territorio.

In funzione dell'assetto della struttura, il POT può erogare altre attività complementari tra le quali ad esempio le cure palliative e le attività già previste nei PreSST.

Si accede ai POT:

- su invio da parte del MMG (ad esempio pazienti cronici con riacutizzazioni o con bisogni sociosanitari complessi, ecc.);
- su invio da parte di servizi specialistici (accesso da ambulatorio, dal PS o in dimissione da un ricovero);
- su invio dei responsabili dei PreSST.

I criteri clinici e organizzativi da utilizzare per definire le modalità di accesso al POT in relazione alle attività e alle specializzazioni accreditate sono definiti in accordo con l'ATS di competenza.

Requisiti del POT

Sia pure in una logica di estrema flessibilità strutturale ed organizzativa, i POT devono possedere gli standard necessari ad assicurare parte dei servizi di primo livello.

Il POT deve possedere i requisiti generali autorizzativi e di accreditamento previsti dal D.P.R. 14 gennaio 1997 e dalla D.G.R. n. 38133/98 e s.m.i.

Requisiti strutturali specifici

Il POT deve prevedere un'area di accoglienza e un'area sanitaria/sociosanitaria.

Area di accoglienza:

- spazio accoglienza ed accettazione;
- spazio per attesa;
- servizi igienici per utenza esterna di cui almeno uno attrezzato per non autosufficienza.

Area sanitaria e sociosanitaria comprendente:

- area di residenzialità (degenze di comunità);
- area per le altre attività.

Tutte le attività erogate devono osservare i requisiti organizzativi, gestionali, strutturali e tecnologici generali e specifici previsti dalla vigente normativa per le attività svolte.

Degenze di comunità

Le degenze di comunità sono un servizio residenziale territoriale, non ricompreso nell'ambito delle strutture di ricovero di cui al DPCM del 12/01/2017, che eroga degenze di breve durata rivolte a pazienti che necessitano di assistenza infermieristica continuativa e/o di interventi sanitari a bassa intensità clinica non gestibili al domicilio anche a causa del contesto di vita del paziente.

L'attività di ricovero, temporaneo ed extra ospedaliero, è destinata a pazienti che provengono da ospedali o dal proprio domicilio in condizioni cliniche tali da non richiedere assistenza ospedaliera per acuti ma che non sono ancora sufficientemente stabilizzate per consentire il rientro al proprio domicilio, necessitando di un periodo di degenza in un contesto che possa fornire un'assistenza adeguata di medio-bassa intensità.

Per questi pazienti la struttura ospedaliera per acuti non offrirebbe benefici superiori a quelli che potrebbero ottenere strutture territoriali in grado di assicurare percorsi clinico-assistenziali appropriati per la gestione delle loro condizioni cliniche.

Per rendere l'offerta delle degenze di comunità più omogenea, efficace e funzionale nell'ambito della Regione, è necessario effettuare l'analisi e la revisione delle diverse tipologie di degenza oggi

presenti, attraverso la semplificazione dei modelli di presa in carico e di assistenza, tenendo conto anche dei nuovi presidi per l'erogazione delle prestazioni territoriali, POT e PreSST.

Regione Lombardia ha, infatti, sviluppato negli anni diverse forme di degenza che si possono ricondurre oggi al settore delle degenze di comunità o a quello della riabilitazione.

Le diverse forme sono nate e sono maturate su due percorsi paralleli che hanno visto coinvolti l'ex Direzione Generale Salute per l'ambito sanitario e l'ex Direzione Generale Famiglia per l'ambito sociosanitario:

- in ambito sanitario sono presenti:
  - le degenze di riabilitazione ospedaliera definite dalla D.G.R. n. VII/19883/2004;
  - le cure sub-acute, introdotte con la D.G.R. n. IX/937/2010 e poi perfezionate con la D.G.R. n. IX/1479/2011;
- in ambito sociosanitario:
  - le degenze di riabilitazione extra ospedaliera (ex art. 26 legge 833/78), anch'esse definite dalla D.G.R. n. VII/19883/2004;
  - le cure post acute (D.G.R. n. 3239/2012), poi confluite nel 2014 nella rete delle cure intermedie, che comprende anche le strutture di degenza riabilitativa residenziale ex art. 26 (D.G.R. n. X/1185/2013), per cui sono stati introdotti dei requisiti e dei profili sperimentali con la D.G.R. n. X/3383/2015.

Più recentemente sono state avviati due progetti sperimentali di servizi di degenza per la gestione appropriata della persona cronica e fragile, per lo più anziana:

- il "Progetto sperimentale Punto di Primo Intervento Geriatrico (PRINGE)" presso l'azienda di servizi alla persona Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio di Milano per l'appropriatezza della presa in carico dei pazienti anziani cronici e fragili che accedono al pronto soccorso dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco, approvato con la D.G.R. n. X/6503 del 21/04/2017, che ha offerto una risposta al bisogno di grandi anziani che hanno avuto un accesso al pronto soccorso per un evento acuto ma non necessitano di un ricovero ospedaliero e, tuttavia, non sono nelle condizioni di rientrare al domicilio;
- il progetto per l'avvio sperimentale di un Servizio Territoriale di Assistenza Residenziale (STAR) presso la Fondazione Richiedei di Gussago (BS), approvato con la D.G.R. n. X/6766 del 22/06/2017, che ha proposto un servizio innovativo di degenza di comunità, caratterizzato dalle cure di personale infermieristico con il coinvolgimento dei medici di medicina generale, quali responsabili della conduzione clinica dell'assistito.

A fronte di un quadro di offerta ricco, ma molto variegato per tipologia e distribuzione territoriale, anche tenendo in debita considerazione le indicazioni del D.M. n. 70/2015, la l.r. 33/09 e in aderenza a quanto previsto nei nuovi LEA, si rende necessario ripensare e riordinare tale settore dell'offerta.

A tal fine, le degenze sub-acute, post-acute, le cure intermedie ex riabilitazione sociosanitaria di mantenimento e stabilizzazione e la parte delle degenze ex riabilitazione generale e geriatrica rivolta a profili di cura a carattere prevalentemente clinico assistenziale (definita sulla base della casistica trattata e del fabbisogno rilevato dalle ATS) sono ricondotte alle degenze di comunità, con la precisazione che tale ricovero di natura temporanea prevede la valutazione multidimensionale.

Modello assistenziale e modalità di presa in carico

Le degenze di comunità offrono un'attività di ricovero breve a elevato impegno sanitario, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di un supporto clinico di medio/bassa intensità non erogabile a domicilio, per inidoneità del domicilio stesso (strutturale e/o sociale) o perché necessitano di assistenza o sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna.

Alla luce delle categorie di pazienti oggi accolti nella rete delle degenze riconducibili alle degenze di comunità e tenuto conto dei relativi standard assistenziali, è possibile individuare due livelli assistenziali così differenziati:

- livello base, per pazienti stabilizzati senza necessità riabilitative, provenienti di norma dal domicilio o da reparti di degenza per acuti, che richiedono assistenza e monitoraggio prevalentemente di carattere infermieristico continuo nelle 24 ore giornaliere oppure l'attivazione di un percorso di accompagnamento alla dimissione per pazienti provenienti da una degenza per acuti;
- livello avanzato, per pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica, che necessitano di supporto medico ed infermieristico nelle 24 ore giornaliere, di procedure diagnostiche e/o terapeutiche di

base che non devono essere necessariamente eseguite in un ospedale per acuti e di supporto all'autonomia.

Operativamente, la degenza di comunità di livello base è organizzata in moduli a gestione infermieristica in grado di garantire l'assistenza infermieristica e tutelare sulle 24 ore giornaliere con intensità e competenze superiori a quanto erogabile al domicilio ed assicurando l'assistenza medica tramite la presenza di medici di medicina generale, di pediatri di libera scelta o di altri medici dedicati che hanno la responsabilità clinica del paziente.

Il modello organizzativo punta a garantire continuità di cura e assistenza anche in relazione a problematiche socio-ambientali, valorizzando le risorse di rete esistenti, in particolare MMG/PLS e la rete sociosanitaria presenti sul territorio.

Le degenze di comunità sono volte ad erogare ricoveri brevi finalizzati a completare il percorso di stabilizzazione e di accompagnamento del paziente verso il domicilio o altre soluzioni di lungodegenza (RSA/RSD) e, pertanto, tali ricoveri non possono essere di norma prolungati con passaggi tra i due livelli se non in casi particolari, adeguatamente motivati e causati da eventi intercorrenti riportati all'interno del FASAS che comportino un cambiamento delle condizioni dell'utente, sempre nel rispetto dei criteri di appropriatezza previsti per il ricovero.

L'attività è erogata in una struttura pubblica o privata accreditata in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per le finalità che sono ad essa pertinenti che garantiscono la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti.

Destinatari

I destinatari delle degenze di comunità sono prevalentemente anziani e soggetti fragili, con insorgenza/aggravamento di problematiche cliniche acute/subacute o in fase di dimissione ospedaliera, che necessitano di supporto clinico/terapeutico/assistenziale di intensità non gestibile a domicilio, anche finalizzato a prevenire ricoveri ospedalieri inappropriati.

Le problematiche sanitarie che possono appropriatamente essere prese in carico dalle DdC sono riconducibili alla seguente esemplificazione di tipologie clinico - assistenziali:

- pazienti affetti da aggravamento dello stato generale di salute (es: infezioni delle vie urinarie, broncopneumopatie croniche in fase di riacutizzazione, broncopolmoniti non complicate) che necessitano di sorveglianza infermieristica continuativa e che richiedono interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in mancanza di idoneità del domicilio stesso (per motivi strutturali e/o sociali) o perché senza adeguato supporto familiare e/o pazienti cronici con fragilità dovute a condizioni sociali e sanitarie a carattere temporaneo con possibilità di inserimento nel percorso di domiciliarità;
- pazienti con patologie croniche riacutizzate e/o dimessi precocemente dopo il primo trattamento, per evitare gli effetti negativi di una prolungata degenza in ospedale tradizionale oppure malati con patologie di tipo evolutivo seguiti periodicamente in collaborazione con i reparti specialistici (es: epatopatie croniche, sindromi da malassorbimento in corso di cicli terapeutici, patologie cardiache croniche dopo una fase di scompenso e in prima dimissione o che necessitano di un monitoraggio continuo non possibile a domicilio, malattie degenerative del sistema nervoso centrale, in accordo con il reparto specialistico, pazienti con ridotta autonomia con necessità di trattamenti non fattibili al domicilio);
- pazienti dimessi dal ricovero o dai letti di osservazione breve intensiva dei pronto soccorso, o seguiti da reparti ospedalieri specialistici, in fase di proseguimento di terapia curativa e riabilitativa, da effettuarsi sotto controllo sanitario (es: esiti recenti di vasculopatie subacute quali ictus, TIA, tromboflebiti, flebotrombosi, esiti non stabilizzati di traumi, vasculopatie acute cerebrali in corso di riabilitazione, malattie endocrinologiche in corso di scompenso e periodico accertamento, patologie traumatiche non chirurgiche in pazienti cronici).

A completamento delle prestazioni erogate dalla componente sanitaria, deve essere garantita nel corso del ricovero in DdC la possibilità di accedere a prestazioni sanitarie specialistiche e di specialistica ambulatoriale, l'integrazione con la componente sociale, di competenza degli enti locali, e l'integrazione con la componente sociosanitaria in una logica di presa in carico complessiva dei pazienti, perno dell'evoluzione del SSR.

Tra gli obiettivi primari del ricovero, deve essere posto anche l'empowerment di pazienti e del caregiver, attraverso l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

Sede

Le degenze di comunità sono sempre riconducibili all'assistenza territoriale ma possono essere collocate in presidi ospedalieri, POT, unità d'offerta sociosanitarie di RSA o di cure intermedie ex istituti di riabilitazione extra ospedaliera.

Il livello avanzato, che prevede la presenza continuativa del medico nelle 24 ore giornaliere in struttura e deve garantire la diagnostica di base (esami ematochimici di base, radiogramma torace/addome in bianco), viene di noma erogato all'interno di presidi ospedalieri, ma può essere attivato presso POT, RSA, strutture di cure intermedie, purché opportunamente attrezzate e riorganizzate per gestire la maggiore complessità della casistica.

Queste strutture possono avvalersi delle tecnologie avanzate della telemedicina, della teleassistenza, del teleconsulto e dell'ICT, che consentono loro di organizzarsi in rete per garantire le sinergie e il raccordo tra le diverse unità d'offerta del territorio.

Organizzazione dei posti letto

Le degenze di comunità sono organizzate in moduli.

In ciascun modulo possono essere presenti non più di 20 posti letto che rappresentano la dimensione ottimale.

Nella medesima struttura, è possibile prevedere fino ad un massimo di due moduli, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione.

È anche possibile ipotizzare moduli di 5/6 posti letto (minimo 3 stanze) presso unità d'offerta di RSA al fine di favorire la vicinanza ai luoghi di vita e alle sedi di attività dei MMG.

Il limite dei due moduli non si applica per i posti letto delle unità d'offerta già accreditate e oggetto di riclassificazione.

Responsabilità

La gestione e le attività sono basate su un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione e integrazione delle diverse competenze.

La responsabilità igienico sanitaria è in capo a un medico formalmente individuato.

La responsabilità gestionale-organizzativa è in capo a un coordinatore infermieristico in possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa (l. 43/2006), che deve:

- garantire un'ottimale organizzazione ed una efficiente gestione delle risorse assistenziali assegnate;
- assicurare la valutazione degli esiti dell'attività assistenziale di competenza ed organizzativa;
- sviluppare nella unità di offerta, in sinergia con le funzioni aziendali dedicate, programmi di miglioramento della qualità e di risk management;
- avere il ruolo di interfaccia con i MMG/PLS, i medici di continuità assistenziale, la centrale di continuità assistenziale e con gli altri operatori della rete nell'ottica dell'integrazione della rete dei servizi e della presa in carico dei pazienti;
- attivare e coordinare il nucleo di valutazione multidimensionale dei pazienti in ingresso con la partecipazione del medico;
- svolgere una funzione di collegamento tra la direzione aziendale e i responsabili sanitari, clinici ed assistenziali.

In presenza di più unità d'offerta, è facoltà dell'ente erogatore individuare una figura infermieristica dirigenziale di coordinamento.

La responsabilità clinica di ciascun paziente è attribuita a un medico individuato dalla struttura che per i posti letto di livello base può essere un medico di medicina generale (pediatra di libera scelta, se paziente pediatrico), anche all'interno di una forma organizzativa della medicina territoriale.

La responsabilità assistenziale è in capo ad un infermiere e l'assistenza infermieristica è garantita in modo continuativo nelle 24 ore giornaliere.

In caso di necessità, l'infermiere attiva il responsabile clinico della struttura. Per il solo livello base, nei giorni e negli orari in cui non è presente, si avvale del servizio di continuità assistenziale o del medico reperibile della struttura.

Devono essere previsti accordi con le strutture ospedaliere per acuti per l'eventuale tempestivo accoglimento di pazienti con necessità cliniche, diagnostiche o terapeutiche intercorrenti

Per le situazioni di emergenza e urgenza viene attivato il sistema di Emergenza Urgenza Extraospedaliero

Modalità di accesso

L'accesso può avvenire dal domicilio o da altre strutture ospedaliere su prescrizione del medico di medicina generale (pediatra di libera scelta se paziente pediatrico), dello specialista ambulatoriale o del medico ospedaliero, anche direttamente dal pronto soccorso previo accordo con la struttura e secondo modalità predefinite.

I criteri di accesso alle degenze di comunità sono i seguenti:

- necessità di assistenza residenziale non erogabile al domicilio (sono esclusi ricoveri di sollievo);
- diagnosi già individuata;
- prognosi e impostazione terapeutica già definite;
- valutazione del carico assistenziale e della instabilità clinica attraverso scale standardizzate di valutazione clinico-assistenziale;
- programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione dei pazienti direttamente provenienti del pronto soccorso).

La richiesta di ricovero presso le degenze di comunità deve essere corredata da una scheda unica di valutazione regionale adottata dalla Direzione Generale Welfare quale strumento necessario alla verifica dell'aderenza ai criteri di accesso, all'individuazione del livello assistenziale e all'appropriatezza dei ricoveri in fase di dimissione.

In fase di accesso è prevista una valutazione multidimensionale anche per conferma dell'appropriatezza e del livello di ricovero.

Costituiscono criteri di esclusione:

- le patologie psichiatriche attive;
- le condizioni per cui sono già previsti interventi specifici specializzati (come ad esempio le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.);
- le acuzie non risolte;
- le diagnosi incomplete o in corso di definizione.

La DdC di base può prevedere pazienti pediatrici ed il coinvolgimento del pediatra di libera scelta solo se inserita nel contesto degli ospedali pediatrici.

Requisiti di accreditamento

Requisiti generali

Ricettività

Modulo di massimo 20 posti letto (di norma da 15 - 20) organizzato in stanze da 1 o 2 letti con almeno una stanza singola in ciascun modulo. Ciascuna struttura può attivare fino a 2 moduli. Le strutture esistenti oggetto di riclassificazione possono mantenere un numero maggiore di moduli e posti di degenza di comunità in funzione dell'assetto riconosciuto.

Normativa di riferimento

Deve essere garantito il rispetto dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza e continuità elettrica, sicurezza anti-infortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplodenti (requisiti minimi strutturali e tecnologici generali di cui al D.P.R. 14 gennaio1997) e delle D.G.R. di riferimento per l'ambito sanitario o sociosanitario in funzione della collocazione delle degenze nell'ambito di presidi ospedalieri o di unità d'offerta sociosanitarie.

Per le strutture con piani di adeguamento e con piani programma in corso, sono confermate le tempistiche di adeguamento dei vigenti piani.

Servizi generali

Devono essere garantiti, anche in condivisione con altre strutture e/o unità di offerta, i servizi generali (tra cui almeno direzione e servizi amministrativi, idonei depositi e magazzini, servizi tecnici e manutenzione, servizi di lavanderia, servizi di preparazione dei pasti, spogliatoi per il personale e camera ardente) e opportuni spazi organizzati e articolati in modo tale da garantire lo svolgimento delle attività previste.

Accessibilità

Il percorso di accesso deve garantire il superamento delle barriere architettoniche. Se necessario per l'accesso alle degenze, la struttura deve essere dotata di mezzo meccanico (ascensore/elevatore) dedicato e dimensionato per permettere il trasporto almeno del letto/barella e di un accompagnatore.

Protocolli e procedure

Oltre ai protocolli generali già previsti dal D.P.R. 14 gennaio 1997 e dalle D.G.R. di riferimento per l'ambito sanitario o sociosanitario, sono adottati:

- un protocollo specifico per la dimissione protetta;
- un sistema di prevenzione di eventi avversi basati su strumenti validati nell'ambito del risk management
- accordi specifici con le ASST e con i gestori di Assistenza Domiciliare Integrata finalizzati a garantire la continuità assistenziale nelle fasi di ammissione e dimissione.

È adottata una specifica documentazione sanitaria per la gestione clinica ed assistenziale dei pazienti ricoverati.

Poiché la DdC opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari, come i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale e compresi i Servizi di Emergenza Urgenza territoriali, sono presenti specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari. Sono, inoltre, definiti appositi collegamenti funzionali con i servizi di supporto diagnostico specialistico e servizio sociale.

Requisiti strutturali specifici

Gli spazi da garantire, indipendentemente dalla capacità ricettiva del modulo, sono:

a. area per l'accoglienza;
b. camere di degenza da 1 o 2 p.l. con servizio igienico;
c. area a servizio della residenzialità e della mobilizzazione del paziente;
d. area per le attività sanitarie;
e. area destinata ai servizi di supporto.

Area per l'accoglienza

Deve essere previsto uno spazio attesa, anche nell'ambito dello spazio adibito a soggiorno, pranzo e attività ludiche.

Devono essere presenti due bagni per il pubblico, di cui uno attrezzato per persone disabili.

Camere di degenza con servizio igienico

Camere singole o doppie dotate di una poltrona comfort per ogni posto letto. Per le strutture esistenti sono ammessi fino a 4 posti letto per camera se già parte dell'assetto riconosciuto.

La superficie minima delle camere è di 9 mq per posto letto (nel computo sono considerati locali accessori: servizio igienico, antibagno, disimpegno).

La metratura minima delle stanze a due letti è di 16 mq per le degenze di comunità derivanti da RSA esistenti oggetto di riclassificazione che non siano in piano programma di adeguamento e che abbiano già tale tipologia di stanza a 2 letti.

Deve essere presente in ogni modulo almeno una stanza singola dotata di letto per il paziente e letto o poltrona-letto per la presenza del caregiver.

Le attività di movimentazione, riattivazione e mobilizzazione dell'ospite, in presenza delle superfici minime di cui sopra, sono supportate da opportuni accorgimenti tecnologici (es. sollevatori, letti attrezzati), tenendo conto della tutela e della sicurezza del personale addetto all'assistenza, in particolare per l'attività di movimentazione dell'ospite.

Servizio igienico:

- è previsto un servizio igienico per ogni camera;
- il dimensionamento del servizio igienico deve essere idoneo per l'ospite con difficoltà motorie (carrozzella o stampelle) assistito da operatore;
- è ammesso anche un servizio igienico ogni 4 posti letto, con accesso esclusivo dalle due camere, di dimensioni tali da consentire l'attività di supporto all'igiene da parte del personale di assistenza.

Se i servizi igienici delle stanze non garantiscono, per forma e dimensione, l'igiene della persona con il supporto dell'operatore, deve essere previsto almeno un bagno assistito esterno alle stanze per modulo.

Area a servizio della residenzialità

Cucinotto/tisaneria:

locale per la preparazione di bevande calde e alimenti, alimentato esclusivamente da rete elettrica.

Spazio adibito a soggiorno, pranzo e attività ludiche:

superficie minima di 1,5 mq/posto letto idoneo ad ospitare le varie attività previste (ristorazione, conversazione, lettura, mobilizzazione, riattivazione...). La metratura minima dello spazio soggiorno, pranzo e attività ludiche non si applica alle degenze di comunità oggetto di riclassificazione da degenze sub acute, post acute o cure intermedie.

Area per le attività sanitarie

L'area è articolata in locale per visite e medicazioni, spazio o locale per il coordinatore infermieristico, locale di lavoro per il personale di assistenza, spazio o locale per i medici e deposito o archivio sanitario.

Sono presenti:

- locale per visite e medicazioni con superficie non inferiore a 9 mq;
- locale di lavoro per il personale di assistenza con superficie in inferiore a 9 mq, presente in ogni piano di degenza, dotato di armadio farmaci e frigorifero a temperatura controllata per i prelievi;
- locale per il coordinatore infermieristico con superficie non inferiore a 9 mq o spazio all'interno del locale di lavoro per il personale di assistenza;
- locale per il personale medico con superficie non inferiore a 9 mq o spazio all'interno del locale di lavoro per il personale di assistenza;
- almeno un deposito o archivio sanitario nella struttura.

Area destinata ai servizi di supporto

Devono essere assicurati gli spogliatoi del personale suddivisi per sesso.

Devono essere, inoltre, assicurati:

- locale o spazio per il materiale pulito;
- locale per il materiale sporco e dotato di vuotatoio e lavapadelle;
- locale per il deposito attrezzature/ausili di uso quotidiano.

Le aree destinate all'accoglienza, ai servizi di residenzialità, alle attività sanitarie e ai servizi di supporto possono essere condivise tra due moduli (anche di altre degenze ospedaliere, RSA, cure intermedie o riabilitazione) purché contigui e allo stesso piano.

Gli spogliatoi del personale possono essere condivisi con altre unità d'offerta presenti nello stesso presidio purché adeguatamente dimensionati.

Requisiti tecnologici specifici

I letti di degenza devono essere articolati, ad altezza variabile e accessibili da ogni lato.

Per garantire le attività assistenziali e di monitoraggio, ciascun modulo deve disporre di almeno:

- elettrocardiografo portatile, garantendo il collegamento funzionale con lo specialista di riferimento, anche attraverso un sistema di teleconsulto e tele refertazione;
- apparecchio per saturimetria trans-cutanea;
- aspiratore per bronco aspirazione;
- carrello e/o attrezzatura equivalente per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore ed unità di ventilazione manuale;
- carrello per la gestione della terapia;
- carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico;

Per le degenze di comunità di livello avanzato, deve inoltre essere presente nel modulo un eco FAST o ecografo portatile per la diagnostica di primo livello.

La struttura, specie se è lontana da centri diagnostici di riferimento, può essere dotata di strumenti diagnostici di primo livello sotto la responsabilità di uno SMEL.

Standard clinico – assistenziali

È prevista una valutazione multidimensionale del paziente all'ingresso ed alla dimissione con redazione di piano di assistenza individuale.

Per entrambi i livelli di assistenza sono assicurate, individuandone formalmente i responsabili, le funzioni di:

- clinical manager, in capo al personale medico di struttura o al medico di medicina generale per le degenze di comunità organizzate in moduli a gestione infermieristica (pediatra di libera scelta se paziente pediatrico);
- case manager, in capo a personale infermieristico in possesso di esperienza e competenze avanzate nella gestione dei servizi territoriali e, preferibilmente, della laurea magistrale, che:
    - sovraintende alla continuità della presa in carico del paziente dopo la dimissione;
    - concorda con il MMG/PLS/medico della struttura ed il coordinatore infermieristico tempi e modalità di accesso e dimissione dalla DdC.

Lo standard assistenziale minimo è il seguente:

- degenze di comunità di livello base:
    - assistenza medica erogata da personale medico di struttura o da MMG/PLS, anche all'interno di una forma organizzata della medicina generale secondo l'Accordo Collettivo Nazionale: 60 minuti settimanali a paziente distribuiti in 5 giorni su 7 (esclusi festivi e prefestivi);
    - nei giorni e negli orari in cui non è presente il personale medico dedicato, l'assistenza è garantita dal servizio di continuità assistenziale o da un medico reperibile della struttura;
    - assistenza infermieristica e tutelare: 1260 minuti settimanali a paziente con almeno il 50% del minutaggio di assistenza infermieristica garantito da infermieri;
    - la presenza infermieristica deve essere continuativa nelle 24 ore giornaliere (condivisibile con altre unità d'offerta presenti nella struttura nel limite di 40 posti letto e con l'avvertenza che la presenza infermieristica condivisa può essere computata nel minutaggio per i pazienti della degenza di comunità rapportando ai posti letto complessivamente in carico all'infermiere);
    - disponibilità, con attivazione in funzione del PAI, almeno di psicologo, fisioterapista e assistente sociale che partecipano allo standard assistenziale;
- degenze di comunità di livello avanzato:
    - assistenza medica (solo da personale medico di struttura): 90 minuti settimanali a paziente distribuiti in 6 giorni su 7 (escluso domenica e festivi);
    - presenza continuativa del medico nelle 24 ore giornaliere (il medico che garantisce l'assistenza continuativa nelle 24 ore deve essere presente in struttura, anche se può non essere esclusivamente dedicato alla degenza di comunità e, in tal caso, non viene computato nel minutaggio settimanale dovuto per l'assistenza medica);
    - assistenza infermieristica e tutelare: 1120 minuti settimanali a paziente con almeno il 50% del minutaggio garantito da infermieri;
    - presenza infermieristica continuativa nelle 24 ore giornaliere (condivisibile con altre unità d'offerta presenti nella struttura nel limite di 30 posti letto e con l'avvertenza che la presenza infermieristica condivisa può essere computata nel minutaggio per i pazienti della degenza di comunità rapportando ai posti letto complessivamente in carico all'infermiere);
    - professionista sanitario della riabilitazione: 150 minuti settimanali a paziente;
    - disponibilità, con attivazione in funzione del PAI, almeno di psicologo e assistente sociale che partecipano allo standard assistenziale.

Per ciascun modulo è garantita la presenza nelle 24 ore giornaliere di una figura infermieristica e una adeguata presenza di figure di supporto diurne e notturne commisurata al case mix dei pazienti.

In particolare, per ogni modulo devono essere presenti nelle ore diurne almeno 1 infermiere e 2 OSS e nelle ore notturne almeno 1 infermiere e 1 OSS.

Considerate le possibili significative oscillazioni della complessità assistenziale degli assistiti ricoverati, la dotazione organica, su documentata segnalazione del coordinatore infermieristico potrà essere gestita dalla struttura con la necessaria flessibilità, fermo restando il rispetto degli standard minimi previsti.

In relazione alla adesione dei MMG/PLS, è possibile che l'assistenza clinica sia attribuita a MMG/PLS per una parte dei letti, fatta salva la possibilità di condividere nell'ambito del modulo il personale di assistenza purché venga garantito il mantenimento dei requisiti previsti.

I tempi di lavoro del coordinatore infermieristico e dell'infermiere case manager sono aggiuntivi rispetto agli standard previsti.

Modalità di remunerazione

Le degenze di comunità sono remunerate in base alle giornate di ricovero erogate e al relativo livello assistenziale.

La durata delle degenze è determinata dalle condizioni dell'assistito, accertate tramite la valutazione multidimensionale.

Il ricovero presso la DdC di livello base è, di norma, di durata compresa tra i 7 e i 20 giorni. Su indicazione del medico e del nucleo di valutazione multidimensionale, la permanenza può essere protratta fino a 40 giorni, a condizione che siano esplicitate le motivazioni nel diario clinico.

Le giornate di degenza sono remunerate a tariffa intera entro la soglia di 40 giorni per le degenze di livello base e di 20 giorni per le degenze di livello avanzato.

Le giornate oltre soglia sono remunerate con abbattimento del 40% della tariffa fino ad un massimo di 5 giornate per le degenze di livello base e 10 per il livello avanzato.

Le degenze con posti letto accreditati per l'erogazione del livello avanzato sono tenute a garantire, nell'ambito del budget assegnato, la continuità del servizio per tutto l'anno e il pieno rispetto dei requisiti di accreditamento previsti per il livello più elevato, con il vincolo di mantenere giornalmente gli standard assistenziali allineati alla casistica presente.

Riclassificazione delle attività esistenti

Ai fini della pianificazione del processo di riclassificazione, i ricoveri delle attuali degenze post-acute e di riabilitazione di mantenimento/stabilizzazione (afferenti alle degenze di cure intermedie) e le attuali degenze di comunità (compreso il progetto STAR) sono ricondotti nell'ambito delle degenze di comunità di livello base.

I ricoveri delle attuali degenze sub-acute e del progetto PRINGE sono, invece, ricondotti alle degenze di comunità di livello avanzato.

Una parte dei ricoveri della riabilitazione generale e geriatrica possono afferire alle degenze di comunità di livello base o avanzato in funzione dell'impegno assistenziale richiesto dalla casistica trattata e delle modalità organizzative messe in atto dalla struttura.

In attesa delle disposizioni nazionali in materia, non sono oggetto di riclassificazione i posti letto di riabilitazione ospedaliera, i posti letto di riabilitazione extra ospedaliera specialistica e i posti letto di riabilitazione extra ospedaliera generale e geriatrica utilizzati per ricoveri con prevalente componente riabilitativa.

Pertanto, le strutture che saranno interessate dal riordino sono:

- le strutture sanitarie con degenze sub-acute;
- le strutture che hanno avviato degenze sperimentali post-acute;
- gli istituti di riabilitazione ex art. 26, oggi afferenti alle cure intermedie con posti accreditati di mantenimento/stabilizzazione e/o con posti di riabilitazione generale e geriatrica che eroghino profili di cura riconducibili all'assistenza residenziale extraospedaliera;
- le degenze dei progetti PRINGE e STAR.

Se, a seguito della ridefinizione del fabbisogno territoriale, dovessero residuare eventuali quote di budget non riassegnate su posti letto di degenze di comunità, le stesse dovranno essere utilizzate per il potenziamento dell'offerta territoriale della stessa ATS.