



ALLEGATO A

Modello assistenziale
per le strutture pubbliche per acuti
da riconvertire:
l'Ospedale Distrettuale

ALLEGATO A

**Modello assistenziale
per le strutture pubbliche per acuti
da riconvertire:
l'Ospedale Distrettuale**

PREMESSA

I vincoli posti dal Patto per la salute e dal Piano di rientro dal debito contribuiscono a connotare il nuovo assetto del Servizio Sanitario Regionale caratterizzato dalla rimodulazione dell'offerta ospedaliera per acuti e post-acuti. A fronte di tale contesto, che nasce dall'esigenza dell'appropriato utilizzo di servizi ad alto impegno tecnologico ed elevato costo, al fine di evitare il rischio di vuoti assistenziali, diviene obiettivo prioritario la riqualificazione dell'assistenza territoriale affinché questa sia in grado di fornire soluzioni valide alla crescente domanda di salute. A tal fine, in considerazione della dinamicità, variabilità e complessità delle problematiche di salute espresse, le soluzioni adottate devono assumere le caratteristiche della continuità delle cure, della integrazione dell'assistenza, della flessibilità e della personalizzazione degli interventi. Obiettivo del presente documento è pertanto definire il modello di funzioni assistenziali in cui riconvertire le strutture per acuti disattivate ai sensi del DCA 48/2010 e ai sensi dei successivi provvedimenti di ottimizzazione dell'intera offerta sanitaria regionale.

IL MODELLO ASSISTENZIALE PER LE STRUTTURE PER ACUTI DA RICONVERTIRE: L'OSPEDALE DISTRETTUALE

Nell'ambito degli interventi di riconversione delle strutture individuate dal decreto 48/10 e degli ulteriori provvedimenti di riconversione/riqualificazione contenuti nel presente documento, il modello assistenziale da privilegiare, piuttosto che l'attivazione di singoli servizi territoriali a se stanti, è quello riferibile al cosiddetto OSPEDALE DISTRETTUALE, evoluzione del Presidio Territoriale di Prossimità, struttura già prevista dai documenti di programmazione regionale ma ancora non compiutamente implementata.

Si tratta di una struttura a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale/multidisciplinare, orientata in particolare alla presa in carico delle condizioni di fragilità e di complessità assistenziale collegate alla cronicità e alla risoluzione di problematiche acute che non necessitano di degenza ospedaliera in acuzie.

All'interno di tale struttura, che vede la valorizzazione del ruolo del Medico di Medicina Generale e degli altri professionisti che operano nell'area delle cure primarie e intermedie, l'attività è svolta in forma integrata anche con il comparto sociale.

Le funzioni della struttura si esplicano all'interno di specifici percorsi assistenziali nell'ottica della continuità delle cure e della integrazione sia professionale che istituzionale. L'Ospedale Distrettuale dunque si pone come una struttura ben identificabile dalla popolazione di riferimento ove insistono i diversi servizi afferenti sia all'ambito sanitario che a quello socio-sanitario, non solo fisicamente contigui ma integrati dal punto di vista funzionale e in grado di erogare interventi (anche a "bassa soglia") flessibili e dinamici. La struttura si configura inoltre come sede privilegiata dell'integrazione ospedale-territorio, con particolare riferimento alla gestione delle condizioni di fragilità e di non autosufficienza, anche relativamente alla gestione della dimissione nell'ottica della continuità assistenziale.

I team di operatori dell'Ospedale Distrettuale operano con modalità caratterizzate da una forte integrazione professionale e dalla possibilità di interagire con i diversi ambiti assistenziali. L'Ospedale Distrettuale dunque non costituisce un mero contenitore di varie funzioni assistenziali. Al contrario i diversi moduli di attività in esso presenti debbono rispondere ad una intensa logica relazionale e di integrazione.

Affinché l'Ospedale Distrettuale possa esprimere compiutamente le sue potenzialità, la collaborazione con i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta assume un valore strategico. In tal senso è necessario che le Aziende Sanitarie stipulino specifici Accordi Integrativi locali che prevedano la possibilità di ospitare, presso la struttura, forme di aggregazione dei MMG e PLS (Aggregazioni funzionali territoriali, Equipes territoriali, Unità Complesse di Cure Primarie) e che comunque favoriscano la partecipazione dinamica di detti professionisti all'attività della struttura (art. 26, 26 bis e 26 ter dell'ACN 2009). Progressivamente le strutture organizzative della Medicina generale dovranno far parte integrante delle funzioni irrinunciabili dell'Ospedale Distrettuale.

L'OSPEDALE DISTRETTUALE: CARATTERISTICHE E FUNZIONI

La tipologia assistenziale rappresentata dall'Ospedale Distrettuale prevede al suo interno diverse funzioni, articolate secondo un'organizzazione modulare in:

1. Funzioni "*core*", irrinunciabili ed identificative della struttura,
2. Moduli funzionali, distinti in :
 - a. aggiuntivi, la cui presenza implementa l'offerta territoriale rispetto alle funzioni "*core*"
 - b. caratterizzanti, la cui presenza aumenta il livello di complessità della struttura,
 - c. residenziali e sociali , non obbligatori ma attivabili in funzione di valutazioni locali in sintonia con il fabbisogno e la programmazione regionale.

La combinazione del "*core*" con i diversi moduli funzionali determina così la caratterizzazione due diverse tipologie di Ospedale Distrettuale: l'Ospedale Distrettuale di I livello, con le soli funzioni "*core*" o "*core*" + moduli funzionali aggiuntivi, e l'Ospedale Distrettuale di II livello, costituito da funzioni "*core*" + moduli funzionali aggiuntivi + moduli funzionali caratterizzanti; tale Ospedale di II livello può essere ulteriormente articolato, a seconda della tipologia del modulo dell'emergenza, in tre gradi di diversa complessità (tipo A , tipo B e tipo C). A completamento dell'offerta territoriale dell'Ospedale Distrettuale di I o di II livello possono essere poi previsti i moduli funzionali residenziali e sociali.

La allocazione o meno nella struttura dei Moduli funzionali è stata disposta considerando i seguenti criteri:

- profili di attività di ricovero, in emergenza e di specialistica ambulatoriale delle strutture in riconversione ("Descrizione dell'attività di ricovero, ambulatoriale, di emergenza e assistenza farmaceutica delle strutture ospedaliere del Lazio. Anno 2009", elaborato da Laziosanità-ASP);
- stima di fabbisogno per specifiche funzioni distrettuali contestualizzate per singola realtà locale (DCA 17/2010 e successivi aggiornamenti);
- struttura demografica della popolazione di riferimento (distretto/comune);
- contesto geografico: viabilità, tempi di percorrenza e distanza dai presidi sanitari di riferimento, Macro Area di appartenenza.

Funzioni *core* dell'Ospedale Distrettuale:

– Punto Unico di Accesso (PUA) integrato con i servizi sociali dell'Ente locale; esso, secondo quanto già previsto dal DCA 18/2008, rappresenta la funzione che massimizza l'integrazione e la presa in carico della fragilità e della complessità. Le attività del PUA vanno dalla ricezione della domanda di salute, alla pre-valutazione integrata - triage

del bisogno, all'orientamento ai servizi territoriali, all'iniziale presa in carico dei bisogni di salute più complessi e all'organizzazione di una risposta ad essi adeguata, comprensiva anche della funzione amministrativa relativa alla erogazione di informazioni e alla effettuazione delle prenotazioni di visite, esami e altre prestazioni di cura;

- **Specialistica Ambulatoriale**, inserita nell'ambito di specifici percorsi assistenziali dedicati alla prevenzione, diagnosi, cura e gestione delle principali patologie croniche – con il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati - in forma integrata con la Medicina generale, anche per gli ambiti dell'assistenza domiciliare e residenziale, secondo le modalità previste dal "chronic care model". Tale attività fa particolare riferimento alle funzioni di cardiologia, pneumologia, diabetologia e geriatria, garantite con la presenza od eventualmente la reperibilità nell'arco delle 12 ore diurne di medici specialisti ambulatoriali, anche a provenienza ospedaliera.
- **Ambulatorio Infermieristico/Infermieristica di Comunità**; si tratta di funzioni gestite da personale infermieristico che, nell'ambito delle proprie competenze professionali, assume un ruolo non solo prestazionale ma soprattutto, in forte integrazione con gli altri professionisti della salute, di care management e di case management, dalla gestione di un singolo processo di cura fino alla piena presa in carico di situazioni più complesse secondo il modello già sperimentato in alcune ASL della regione.
- **Diagnostica di base** (radiologia e laboratorio/punto prelievi ¹⁾ a servizio della collettività, preferenzialmente all'interno di specifici percorsi assistenziali e a supporto di tutte le funzioni attive nella struttura.
- **Continuità Assistenziale ex guardia medica**, (a copertura delle 12h notturne e 24h festive).
- **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)** in contiguità fisica con il PUA, con l'obiettivo di facilitare la tempestività della presa in carico. Ove necessario, in funzione della complessità assistenziale dei casi trattati, per l'organizzazione dell'attività deve garantire, tramite una centrale operativa, anche interventi 7 giorni su 7 con reperibilità notturna e festiva in collegamento con la specialistica ambulatoriale e la Continuità Assistenziale. Per una migliore gestione delle risorse umane e la riduzione del rischio di burn-out, previo adeguato sostegno formativo, deve essere prevista la possibilità per gli infermieri e i terapisti della riabilitazione afferenti all'Ospedale Distrettuale di turnare tra le funzioni domiciliare, di degenza (RSA, Degenza infermieristica, Hospice) e ambulatoriale.

Moduli funzionali aggiuntivi:

- **Distribuzione di farmaci ed erogazione di Presidi ed Ausili**, a servizio dell'ADI, dei moduli residenziali o di degenza eventualmente presenti nella struttura, collegata al servizio farmaceutico aziendale, alle farmacie del territorio e ai servizi di medicina legale.
- **Forme di aggregazione dei MMG e PLS**: Aggregazioni funzionali territoriali, Equipes territoriali, Unità Complesse di Cure Primarie (ai sensi degli art. 26, 26 bis e 26 ter dell'ACN 2009) previi specifici accordi regionali e locali.
- **Arricchimento dell'offerta di Specialistica Ambulatoriale e di Diagnostica Strumentale** sulla base di valutazioni locali relative al trasferimento, mantenimento/potenziamento dell'attività erogata e all'eventuale attivazione di ulteriori branche, particolarmente in considerazione del fabbisogno assistenziale specifico nell'ambito della specialistica ambulatoriale, allo stato delle strutture e tecnologie attive o allo spostamento dell'attività per acuti (come ad es. spostamento dell'attività ambulatoriale delle relative discipline di ricovero o trasferimento di personale specializzato).

¹ Individuazione del Laboratorio o del Punto prelievo da attuarsi secondo le disposizioni del DCA 54/2010.

Occorrerà, a livello locale, tener conto anche dello stato complessivo dell'offerta, comprendendo, ad esempio l'eventuale presenza di strutture erogatrici private o la distanza da altre strutture viciniori afferenti ad altre ASL. Le valutazioni dovranno anche tener conto dei criteri per l'erogazione extraospedaliera di attività specialistica ambulatoriale complessa in via di definizione (Day service, erogazione di Accorpamenti Prestazioni Ambulatoriali chirurgiche), oltre che delle indicazioni programmatiche regionali, di prossima emanazione, per funzioni specifiche (es. trattamento del dolore cronico non oncologico) e necessariamente delle competenze relative alle specifiche funzioni aggiuntive attivate nella struttura.

- eventuale Servizio di telemedicina in collegamento con centri di riferimento per teleconsulto, telediagnosi clinica, teleassistenza e telemonitoraggio a distanza.

Moduli funzionali caratterizzanti:

- **Degenza Infermieristica**, secondo le linee di indirizzo riportate nel DCA 43/2008 e nel PSR 2010-2012, per i pazienti affetti da patologie cronico-degenerative in fase post-acuta e in progressiva stabilizzazione o in fase di parziale riacutizzazione, caratterizzati da relativa stabilità clinica e da necessità assistenziali medio-elevate, comportanti monitoraggio permanente in regime residenziale (ad esempio modificazione della terapia, fasi di scompenso non grave, fase post-dimissione in assenza di possibilità temporanea di adeguato supporto domiciliare). Il ricovero è garantito per un periodo di tempo massimo di 15 - 20 giorni con presenza h 24 di personale di assistenza infermieristica e assistenza medica prestata, secondo specifici accordi, da medici di medicina generale, o al bisogno da medici specialisti ASL e/o medici della continuità assistenziale (reperibilità h 24). Ai sensi del DCA 87/2009 – PSR 2010-2012 la dotazione organica minima di personale necessario alla gestione di una U.D.I. , per un modulo di 15 p.l., è costituita da: 1 infermiere coordinatore, 5 unità di Infermieri (organico base), 7 unità di O.S.S. (organico base) più altre figure come terapisti della riabilitazione e assistenti sociali in condivisione con gli altri servizi della struttura.
- **Modulo Emergenza di tipo "A"**: con un Punto di Primo Intervento (PPI) organizzato a copertura delle 24 H con assistenza prestata (previo specifico accordo) della medicina generale e della continuità assistenziale collegato al Sistema dell'emergenza-urgenza "118". Il Modulo prevede la presenza di una Postazione 118 ed Elisuperficie ai sensi DCA 65/2010 e provvedimenti successivi.

oppure

- **Modulo Emergenza di tipo "B"**: con un Punto di Primo Intervento (PPI) organizzato a copertura delle 24 H con assistenza prestata da medici ospedalieri con eventuali letti tecnici per pazienti necessitanti una breve osservazione (6h -12h max) per la risoluzione dei problemi di salute riscontrati o per stabilizzare le condizioni vitali e disporre il trasferimento in sicurezza al presidio ospedaliero appropriato. Il Modulo prevede infatti la presenza di una Postazione 118 ed Elisuperficie ai sensi del DCA 65/2010 e provvedimenti successivi.

oppure

- **Modulo Emergenza di tipo "C"**: costituito da un Punto di Primo Intervento (PPI) organizzato a copertura delle 24 H con assistenza prestata da medici ospedalieri, con posti di Osservazione Breve Intensiva e p.l. di Medicina Generale per un massimo di 10. Il Modulo prevede inoltre la presenza di una Postazione 118 ed Elisuperficie ai sensi del DCA 65/2010 e provvedimenti successivi. In base alle funzioni che dovrà assicurare, il PPI del Modulo Emergenza di tipo

“C” dovrà rispettare i requisiti organizzativi e strutturali previsti nella 424/2006 al punto 1.1.1 per il Pronto Soccorso. Tale modulo è attivabile solo per situazioni territoriali particolarmente disagiate in termini di viabilità e accessibilità ed una distanza da presidi ospedalieri più vicini che comporti tempi di percorrenza mediamente superiori ai 45 minuti.

Moduli funzionali residenziali e sociali:

- Nuclei di RSA residenziale e semiresidenziale, a forte vocazione riabilitativa e finalizzati al reinserimento nel proprio domicilio o verso soluzioni abitative protette (degenza max 180 gg).
- Hospice - con estensione dell'attività di cure palliative anche a domicilio secondo quanto disposto dal D.C.A. 22/2009².
- Residenze protette per persone con disabilità – ai sensi dell'emanando documento su riqualificazione e riconversione strutture ex art. 26 e comunque secondo l'articolazione prevista a livello nazionale³:

In accordo con l'Ente locale di riferimento e previo specifico adeguamento strutturale possono essere allocati nell'Ospedale Territoriale anche servizi sociali a valenza sanitaria quali:

- Centro Diurno per anziani “fragili”
- Attività Fisica Adattata: attivazione di programmi di attività motoria per la popolazione “fragile”, da attuarsi in gruppo ed erogabili in forma ciclica. L'Attività Fisica Adattata (AFA) è in grado di assicurare effetti positivi, in termini di benessere psico-fisico, anche in soggetti con ridotta capacità motoria legata all'età (sindromi algiche da ipomobilità) o in condizioni cliniche stabilizzate negli esiti, come evidenziato dalla letteratura internazionale e da positive esperienze di altre regioni⁴. L'AFA, pur non configurandosi come attività riabilitativa in senso stretto, per il ruolo svolto nel combattere l'ipomobilità e favorire la socializzazione, si configura come valido strumento finalizzato al mantenimento delle autonomie e della migliore qualità di vita possibile della persona. Tali percorsi dovranno essere caratterizzati da prestazioni ben definite, così come ben definite dovranno essere la durata delle sedute, il numero dei cicli annui pro capite consentiti e la numerosità del gruppo e le figure professionali coinvolte.
- Moduli abitativi protetti o Comunità Alloggio da destinare a persone fragili (anziani o disabili) con necessità di tutela socio sanitaria

Saranno inoltre necessarie valutazioni locali, di livello aziendale, per decidere se mantenere nel presidio in riconversione o trasferire ad altra struttura eventuali ulteriori funzioni distrettuali in esso già attive.

La Direzione Sanitaria dell'Ospedale Distrettuale è esercitata da un dirigente medico di Distretto ad essa preposto.

INDICAZIONI OPERATIVE PER LE ASL

² 4 assistiti a domicilio per ogni p.l. in Hospice

³ RD4: Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c) gravi - RD5: Prestazioni di assistenza residenziale e socializzazione erogate in nuclei dedicati a persone non autosufficienti prive di supporto familiare che conservano parziali ambiti di autonomia. (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c) privi di sostegno familiare) - Ministero della Salute, Mattoni SSN, Mattone 12: Assistenza residenziale e semiresidenziale – Prestazioni residenziali e semiresidenziali, relazione finale approvata dalla Cabina di Regia il 21 febbraio 2007

⁴ DGR 595/2005 e DGR 1081/2005 Regione Toscana

Le Direzioni delle ASL , sulla base delle indicazioni riportate nelle singole schede di analisi contenute nell'ALLEGATO B dovranno redigere entro trenta giorni dall'approvazione del presente provvedimento un piano operativo per la riconversione delle strutture di loro competenza da inviare allo specifico Coordinamento istituito presso la Regione Lazio, nel quale dovranno essere esplicitate le azioni, i tempi, gli indicatori per monitorare lo stato di avanzamento di quanto programmato ed il piano di formazione previsto per il personale da adibire alle nuove funzioni assistenziali. L'avvio anche modulare della attività dell'Ospedale Distrettuale dovrà essere prevista entro il 31 dicembre 2010, mentre la piena operatività della struttura nelle funzioni previste dallo specifico piano di riconversione dovrà essere garantita entro il 1 luglio 2011. Nel caso di piani operativi non congruenti con quanto disposto nelle specifiche schede, le Direzioni delle ASL dovranno fornire puntuali e giustificate motivazioni a sostegno delle scelte operate. Le Direzioni aziendali hanno altresì ampia facoltà, a partire da quelle elencate nel presente documento al capo "L'Ospedale Distrettuale: caratteristiche e funzioni", di aggiungere a quanto specificato nelle singole schede di sintesi, nel rispetto del fabbisogno e della programmazione regionale, tutte le funzioni territoriali ritenute necessarie e praticabili in base al bisogno locale e alle caratteristiche strutturali e organizzative del presidio, indicando nel medesimo piano operativo le condizioni organizzative, i tempi e i modi per la relativa implementazione.

Con la DGR 14 luglio 2006 n. 424 sono stati definiti i requisiti per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie cui dovranno adeguarsi anche tutte le strutture già in esercizio. Si ritiene pertanto opportuno che le ASL, forniscano all'interno di detti piani operativi anche i dati relativi all'adesione delle strutture da riconvertire ai requisiti autorizzativi vigenti, relativamente alla tipologia assistenziale destinataria della riconversione.

COORDINAMENTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI RICONVERSIONE

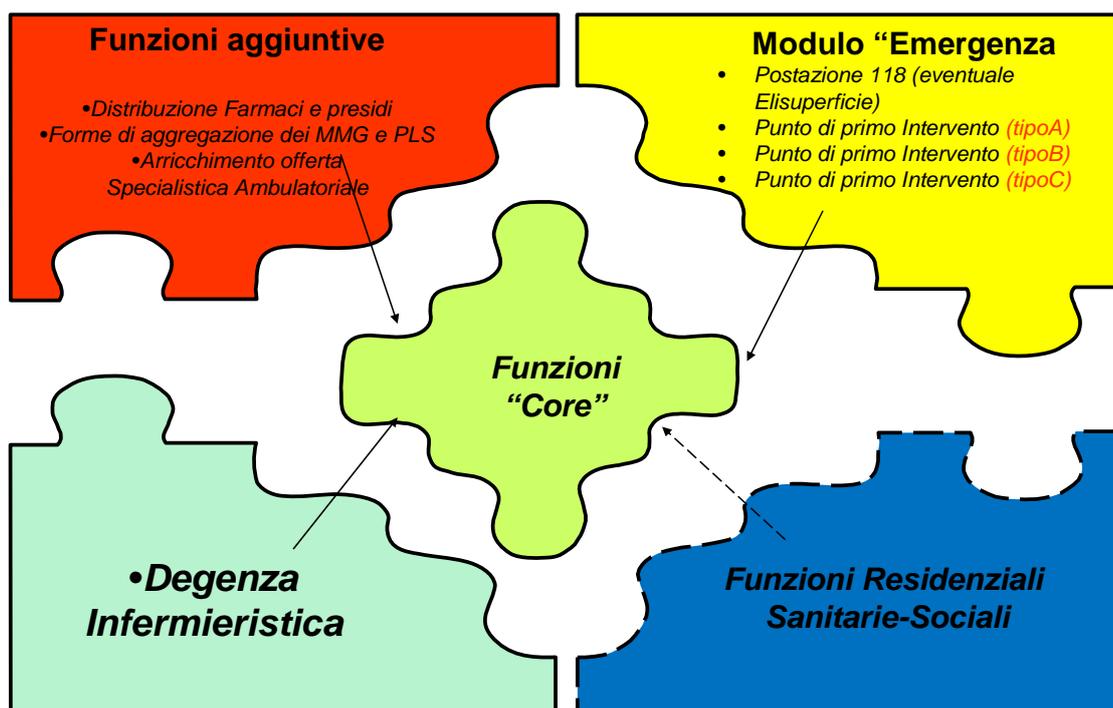
Viene istituita presso la Regione Lazio una funzione di "Coordinamento dei piani di riconversione" delle strutture ospedaliere in oggetto affidato alla Direzione competente dell'Assessorato alla Sanità, con il supporto tecnico scientifico di Laziosanità ASP. Tale Coordinamento ha la funzione di verifica della congruità dei piani di riconversione, di valutazione degli stessi e di monitoraggio della loro realizzazione. Ha inoltre il compito di verificare la pertinenza delle azioni previste per la formazione del personale da dedicare agli Ospedali Distrettuali.

MODELLO OSPEDALE DISTRETTUALE: SCHEMA ESEMPLIFICATIVO

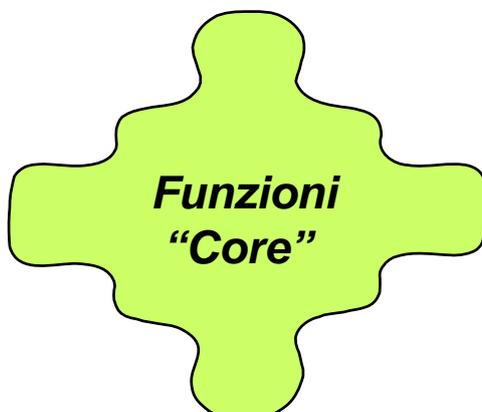
FUNZIONI CORE DELL'OSPEDALE DISTRETTUALE



MODULI FUNZIONALI



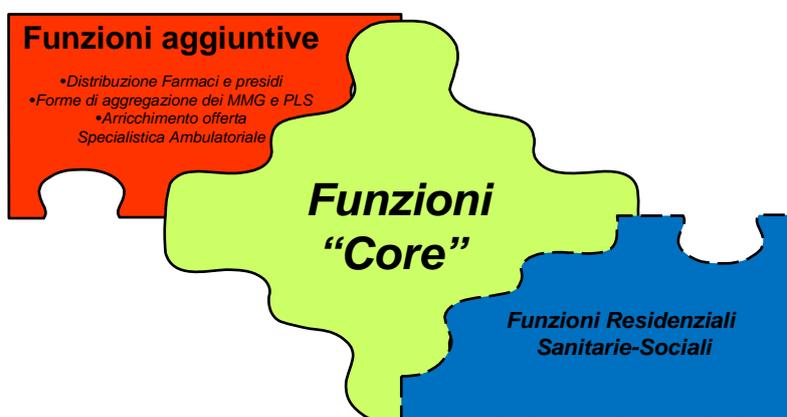
OSPEDALE DISTRETTUALE DI I LIVELLO



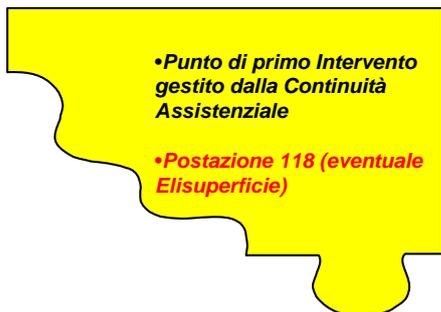
OSPEDALE DISTRETTUALE DI I LIVELLO



OSPEDALE DISTRETTUALE DI I LIVELLO



Modulo “Emergenza” (tipo A)

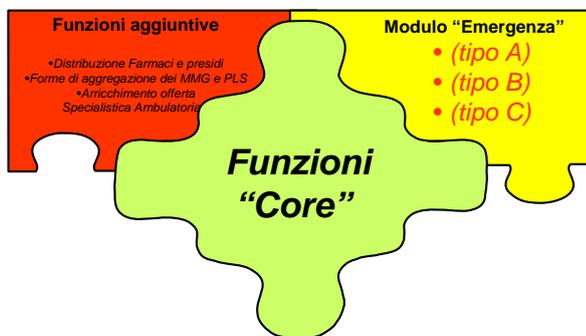


Modulo “Emergenza” (tipo B)

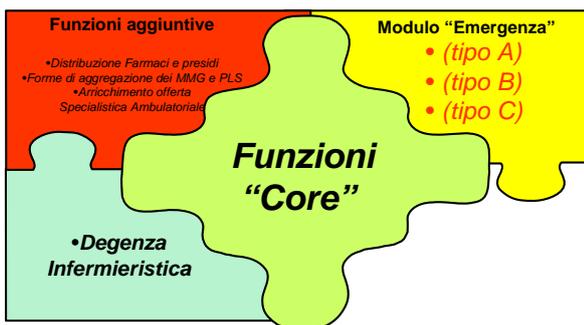


OSPEDALE DISTRETTUALE DI II LIVELLO

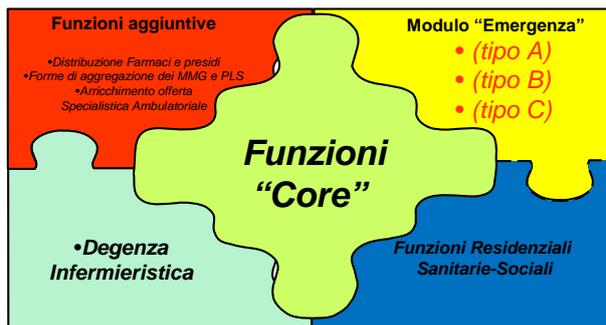
Modulo “Emergenza” (tipo C)



OSPEDALE DISTRETTUALE DI II LIVELLO



OSPEDALE DISTRETTUALE DI II LIVELLO



BIBLIOGRAFIA :

- DGR 424/2006
- DGR 946/2007 (Introduzione dell'osservazione breve intensiva nel Lazio dal 1 gennaio 2008: adempimento rif.1.3.3 del piano di rientro DGR 65/2007 e DGR 149/07).
- DCA 18/2008
- DCA 43/2008
- DCA 87/2009 (PSR)
- DCA 17/2010
- DCA 48/2010
- E.H. Wagner "Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach"- Jt Comm J Qual Improv. 2001;27:63-80.
- T. Bodenheimer, E.H. Wagner, K. Grumbach - "Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness" - JAMA. 2002;288:1775-1779
- T. Bodenheimer, E.H. Wagner, K. Grumbach - "Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness The Chronic Care Model, Part 2" - JAMA. 2002;288:1909-1914
- VJ Barr, S Robinson, B Marin-Link, L Underhill, A Dotts , D Ravensdale, S Salivaras – "The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model." - Hosp Q. 2003;7(1):73-82.
- "Identificazione di un elenco di quadri clinici destinati ad essere trattati in OBI "documento di Laziosanità – ASP 2008 link : http://www.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/files/file_emergenza/obi/elenco_quadri_clinici%20.pdf
- "Descrizione dell'attività di ricovero, ambulatoriale, di emergenza e assistenza farmaceutica delle strutture ospedaliere del Lazio. Anno 2009" giugno 2010 Laziosanità-ASP

