REGIONE MOLISE

FUNZIONAMENTO DELLE CASE DELLA SALUTE. ATTO DI INDIRIZZO

SCOPO

Il presente atto di indirizzo disciplina il funzionamento delle Case della Salute (CdS) della Regione Molise, in coerenza con le indicazioni dei Programmi Operativi Straordinari 2016-2018 e con gli Accordi nazionali della Medicina Generale, della Pediatria e della Medicina Specialistica.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Le disposizioni di cui al presente atto di indirizzo relativo al funzionamento delle CdS della Regione Molise si applicano a tutte le professionalità coinvolte nelle Strutture (medici di medicina generale - a rapporto di fiducia e a rapporto orario - e pediatri di famiglia, medici specialisti, infermieri, assistenti sociali, amministrativi e le altre professionalità eventualmente presenti).

DEFINIZIONI

- SSR: Servizio Sanitario Regionale;
- MMG: Medici di medicina generale;
- PLS: Pediatri di Libera Scelta
- CdS: Casa della Salute;
- UCP: Unità Cure Primarie
- PDTA: Percorsi Diagnostici, Terapeutici Assistenziali

NATURA E SCOPO DELLA CASA DELLA SALUTE

La CdS, *è "una struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie e rappresentando la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie" (D.M.* 10 luglio 2007).

La CdS è da intendersi come la sede pubblica dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. E', pertanto, il presidio sociosanitario pubblico più vicino alla popolazione. Costituisce la porta d'ingresso dei cittadini al servizio sociosanitario ed è la sede dove gli operatori, insieme ai cittadini e alla Comunità, organizzano la conoscenza e la risposta ai problemi di salute e di cura delle persone singole e della collettività.

È strutturata come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso garantendo: l'accoglienza, la collaborazione e l'integrazione tra i professionisti (sanitari e sociosanitari), la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la

valorizzazione delle competenze, un approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici, il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta nel governo della domanda e nell'organizzazione dei servizi.

Pertanto, per poter costituire una CdS devono essere contemporaneamente presenti le seguenti condizioni:

- che vi siano erogati i servizi base (medicina generale, assistenza infermieristica, attività consultoriale) e di primo livello (attività specialistica e/o telemedicina, assistenza sociale, attività amministrativa);
- che sia assicurata la continuità dell'assistenza mediante la condivisione dei dati clinici dell'assistito;
- che sia aperta almeno 7 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana;
- che sia organizzata in una sede unica, pur potendo prevedere sedi accessorie opportunamente collegate attraverso supporti informatici.

La CdS ha un assetto organizzativo autonomo e strutturato, ai sensi delle vigenti disposizioni nazionali in materia, integrandosi all'interno della rete dei servizi aziendali e permettendo una relazione diretta tra l'assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziale.

Quanto sopra riportato è in linea con il decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 coordinato con la Legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189 (Gazzetta Ufficiale 10 novembre 2012, n. 263), dove vengono, tra l'altro, individuate le *"unità complesse di* cure *primarie"* come strumenti per assicurare "... *prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria" e* con il Programmo Operativi Straordinario 2016-2018 relativo le azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale.

La CdS si colloca nell'ottica della riorganizzazione dell'offerta sanitaria orientata, soprattutto, alla gestione delle patologie croniche, anche in considerazione dell'incremento dell'incidenza e della prevalenza di queste ultime attraverso:

a) lo sviluppo di strategie preventive e proattive (*Chronic Care Model*):
b) l'attivazione di modelli organizzativi reticolari in grado di connettere diversi setting assistenziali (medicina generale, medicina specialistica, servizi sanitari e socio-sanitari, assistenza intermedia, assistenza ospedaliera, residenzialità, domicilio) a garanzia della continuità delle cure, soprattutto per quei soggetti "complessi" perché portatori di polipatologie cronico-degenerative e/o non autosufficienti.

I servizi della CdS sono rivolti ai seguenti soggetti:

- di norma, ai tutti residenti e gli abitanti nel Comune/Comuni di riferimento e comunque anche all'insieme di assistiti che hanno scelto i MMG operanti nella CdS stessa;
- a coloro che accedono ai servizi istituzionali rivolti alla popolazione anche non assistibile (attività specialistica istituzionale, attività amministrativa, ecc.);
- a coloro che accedono ai sevizi sanitari eventualmente erogati in regimi diversi da quello istituzionale (libera professione, area a pagamento aziendale, ecc.).

MODELLO ORGANIZZATIVO

Il modello organizzativo è di tipo modulare e prevede:

1) funzioni di base - attività indispensabili, che connotano la struttura;
2) moduli funzionali aggiuntivi - ad eventuale completamento dell'offerta di servizi.

1) la **tipologia base,** è costituita da:
   a) area dell'Accoglienza (CUP, Punto Unico di Accesso, volontariato e mutualità);
   b) area ambulatoriale e dell'assistenza primaria (MMG/PLS, Specialistica ambulatoriale, ambulatorio infermieristico);
   c) area della diagnostica strumentale (diagnostica per immagini, punto prelievi);

2) la **tipologia complessa** è costituita dalla tipologia di base integrata e da uno o più dei seguenti moduli aggiuntivi:
   a) degenza infermieristica;
   b) area ambulatoriale complessa (ad es. chirurgia ambulatoriale);
   c) centri antiviolenza;
   d) assistenza farmaceutica;
   e) punto di primo intervento (PPI) come di norma previsto dal DM 70, tenendo conto della ridefinizione della rete di emergenza e urgenza del SSR della Regione Molise;
   f) pediatria di Libera Scelta (ove individuata nel modello organizzativo);
   g) ambulatorio per il trattamento del dolore cronico.

Ulteriori moduli aggiuntivi potranno essere previsti sulla base delle esigenze di salute della popolazione locale.

Si rinvia agli accordi da definire con i MMG, per la maggiore specificità dei servizi compresa l'individuazione delle necessarie strumentazioni, nonché gli orari di apertura e le relative modalità di erogazione.

TIPOLOGIA BASE DI CdS

A) Area dell'accoglienza: considerato che la struttura è un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso attraverso: l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze, costituiscono gli aspetti peculiari dell'interazione tra il cittadino ed il sistema organizzato del servizio sanitario e dei servizi socio-sanitari.
Il punto nodale di tale area è rappresentato dal **Punto Unico di Accesso** che svolge funzioni di:

   a) orientamento/primo accesso (front-office) dedicato all'accoglienza e all'orientamento dell'utenza;

   b) presa in carico (back-office) nei percorsi di continuità assistenziale, per la valutazione/risoluzione dei bisogni complessi, mediante lo stretto collegamento con il servizio di assistenza domiciliare e con gli altri servizi aziendali.

Nell'area pubblica di accesso alla CdS, organizzata con ingresso/area d'attesa, sono presenti:

   a) **sportello CUP,** finalizzato a supportare le attività sanitarie e sociali svolte nella struttura e nella rete aziendale. Le attività del CUP consistono in funzioni di segretariato, prenotazioni, raccolta di dati, archiviazione delle informazioni. Lo sportello è collegato con le strutture ospedaliere della Regione e con altre strutture anche accreditate per la gestione delle richieste di prestazioni.
   b) **volontariato e mutualità.** Le associazioni di volontariato svolgono una importante funzione in molte attività di tipo sociosanitario e devono essere coinvolte nell'organizzazione assegnando loro spazi adeguati allo svolgimento delle loro funzioni. Potranno svolgere attività di informazione ai

cittadini le organizzazioni di tipo mutualistico che operano nella sanità e nel sociale.

B) Area ambulatoriale e dell'assistenza primaria (MMG/PLS, Specialistica ambulatoriale, ambulatorio infermieristico/attività ambulatoriale infermieristiche):

a. **assistenza primaria garantita dai MMG e dai PLS:** i MMG ed i PLS, nell'ambito delle attività cliniche, avranno a disposizione: ambulatori, servizio di segreteria, tecnologie diagnostiche (telemedicina e teleconsulto), accesso alla rete aziendale dei servizi distrettuali. Nella struttura può trovare collocazione la continuità assistenziale (guardia medica), a garanzia di un'assistenza sulle 24 ore. L'ASREM potrà prevedere la presenza delle forme associative monodisciplinari o pluridisciplinari dei MMG oggetto di contrattazione integrativa regionale. L'attività, rivolta a tutti gli utenti, indipendentemente dal medico di scelta del cittadino, dovrà essere svolta in orario diurno dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di tutti i giorni feriali (l'ampliamento dell'orario sarà oggetto di contrattazione). Particolare importanza riveste l'area delle patologie croniche quale nodo di raccolta e coordinamento nella gestione proattiva delle patologie croniche a maggiore impatto sociale (ad esempio cardiovascolari, oncologiche, pneumologiche, metaboliche), attraverso condivisione e gestione col supporto, segretariale e infermieristico, delle schede cliniche dei pazienti cronici.

b. **attività specialistiche**: le attività specialistiche che dovranno essere garantite, saranno svolte sia da medici dipendenti sia da specialisti ambulatoriali convenzionati in esito a specifici accordi contrattuali. Verranno attivate in un primo tempo le specialità di Cardiologia, Ginecologia, Pneumologia, Diabetologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria e Chirurgia generale. Gli specialisti partecipano al processo di deospedalizzazione dell'assistenza, e alla riduzione dei tempi di attesa concorrendo attivamente con il MMG al processo di presa in carico e di continuità assistenziale, operando in modo coordinato ed integrato al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza. La contiguità spaziale tra le attività di assistenza primaria e quelle specialistiche e la condivisione di percorsi assistenziali comuni consente l'integrazione tra cure primarie e cure specialistiche. Le cure specialistiche sono assicurate: 1. dall'attività coordinata degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni nell'ambito delle branche ed aggregazioni funzionali specialistiche previste dagli accordi; 2. dall' attività dei medici ospedalieri, sulla base delle esigenze dei pazienti che afferiscono alle strutture, anche provenienti dalla rete dei presidi ospedalieri.

c. **ambulatorio infermieristico/attività ambulatoriali infermieristiche:**

ambulatorio infermieristico: è un luogo dove l'infermiere incontra la popolazione e attraverso la presa in carico, l'individuazione dei bisogni e la definizione del piano assistenziale garantisce attività e prestazioni atte a migliorare il bene salute. E' organizzato e gestito da infermieri ed è attivato allo scopo di:

- rispondere ai bisogni assistenziali del cittadino attraverso l'erogazione di prestazioni infermieristiche;
- fornire alla cittadinanza punto di ascolto sanitario che faciliti l'orientamento e l'accessibilità alle cure sanitarie;
- garantire la presa in carico dei cittadini attraverso la continuità assistenziale tra ospedale e servizi sanitari territoriali (ambulatori, consultori, medici di medicina generale e servizi domiciliari).

Presso l'ambulatorio infermieristico sono assicurate pertanto, le seguenti prestazioni di assistenza: attività di ascolto, valutazione dei bisogni, promozione ed educazione alla salute, terapia iniettiva (sottocutanea, intramuscolare e fleboclisi), rilevazione parametri vitali, rilevazione glicemia capillare e istruzione all'autocontrollo della glicemia, istruzione alle tecniche di somministrazione di terapia farmacologica e nutrizionale, medicazioni non complesse, rimozione

punti di sutura delle ferite chirurgiche, sostituzione catetere vescicale, altre cure infermieristiche. L'accesso avviene direttamente, con o senza prescrizione del medico (MMG o Medico specialista). La "presa in carico" dell'utente avviene sulla base della valutazione del bisogno/problema di salute dell'utente.

attività ambulatoriali infermieristiche: gli infermieri operano in collaborazione con i MMG, negli ambulatori, nelle attività specialistiche, nel punto prelievo, nelle attività infermieristica di prossimità (infermieristica di famiglie e di comunità).

Nell'ambito dei PDTA, potranno essere altresì individuati come *Case-manager* per la gestione delle patologie croniche e degenerative. La funzione di case management e riferibile al *"(...)processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure, valutazione ed advocacy delle scelte e dei servizi, che agevolino i bisogni sanitari generali dell'individuo e della famiglia, attraverso la comunicazione e le* risorse *disponibili, al fine di promuovere outcome di qualità, con un buon rapporto* costo- *efficacia"* (CMSA, 2011).

La CdS attiva specifici PDTA relativamente a patologie cronico-degenerative ed alle condizioni clinico-assistenziali. I PDTA presuppongono la presa in carico proattiva, secondo il *Chronic Care Model*, con partecipazione del team multidisciplinare e multi-professionale (MMG/PLS, medico specialista territoriale e ospedaliero, infermiere e le altre eventuali figure professionali del caso).

C) Attività di diagnostica strumentale di primo livello: tale area rappresenta la risposta strutturale alle problematiche assistenziali di primo livello e al controllo di quadri clinici non complessi. Qualora questi assumessero una rilevanza più complessa devono essere attivati, sulla base di opportuni protocolli operativi, i normali percorsi della emergenza-urgenza ed ospedalieri. È previsto un **punto prelievi e strumentazione di base.** Uno spazio funzionale può essere destinato alle attività di prelievo con risposte a domicilio entro 24/48 ore ed è attivato un servizio di prelievo a domicilio per le persone non deambulanti. La strumentazione di base si riferisce anche alla diagnostica per immagini.

TIPOLOGIA COMPLESSA DI CdS

La tipologia complessa di CdS è costituita dalla tipologia di base e da uno o più dei seguenti moduli aggiuntivi:

a) degenza infermieristica (Unità Degenza Infermieristica, UDI, come da DDGS n. 287 del 30.12.2016): E' un'area di cure intermedie con posti letto territoriali (extra ospedalieri), a bassa intensità clinica dotata di posti letto funzionali, gestita da personale infermieristico, nella quale sono accolti pazienti:

- senza limiti di età, caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea, nella fase della malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa come nel ricovero ordinario per acuti;
- dimissibili dall'ospedale per acuti il cui bisogno sanitario è quello di mantenere e completare la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ricovero acuto, e che presentano ancora una necessità di tutela medica e di assistenza infermieristica continuativa nelle 24 ore prima di rientrare a domicilio o essere trasferiti presso altra struttura;
- che, per la particolare situazione socio-sanitaria, necessitano di un monitoraggio difficilmente gestibile a domicilio con l'assistenza domiciliare per la complessità clinico-assistenziale richiesta o per ragioni di tipo sociale nei casi in cui la famiglia o una struttura sociale non riescono comunque a supportare il paziente nella malattia.

Obiettivi e funzioni della "UDI"

- favorire un'appropriata gestione del ricovero ospedaliero, fornendo un'alternativa di cura e assistenza per pazienti post acuti o per soggetti con patologie cronico-degenerative in fase di riacutizzazione che non richiedono ricovero nel setting ospedaliero;

- ridurre giornate di degenza ospedaliera inappropriate, attraverso il monitoraggio dello stato clinico generale dei pazienti con patologie cronico-degenerative e consolidando i risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti; prevenire le complicanze e favorire il recupero dell'autonomia, in un'ottica di rientro a domicilio, o di ricorso a forme assistenziali territoriali e residenziali;
- limitare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, legati all'insorgenza di difficoltà familiari e sociali o alle difficoltà di gestione delle mutate condizioni fisiche e funzionali dell'anziano dopo un'evenienza acuta;
- favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali e la condivisione di risorse umane e tecnologiche al fine di assicurare la continuità assistenziale.

Criteri di eleggibilità

Per stabilire l'effettiva eleggibilità per l'UDI e per quantificare il bisogno assistenziale del soggetto si procede ad una valutazione con opportuni criteri di eleggibilità clinico-assistenziali attraverso un sistema di valutazione integrato medico ed infermieristico, quali ad esempio la MEWS (*Modificated Early Warning Score)* integrato con Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA).
Sono previste le seguenti *modalità di ammissione e valutazione* dell'utente:

a) il ricovero in UDI è sempre programmato e concordato con il coordinatore infermieristico. La programmazione degli ingressi deve avvenire in modo da garantire che la valutazione del MMG possa essere eseguita entro le 24 ore dall'ingresso;
b) le proposte di ricovero possono pervenire dal MMG, da medici ospedalieri per assistiti degenti nei rispettivi reparti, dal personale dei servizi territoriali (ADI, UVM), ma è solo il MMG dell'assistito che valutando ed approvando la proposta darà il consenso all'avvio all'inserimento nella lista di attesa per l'accesso. La lista di priorità per l'accesso sarà definita dai responsabili dell'equipe (Coordinatore Infermieristico, MMG, Medico di Direzione del Distretto);
c) la valutazione dell'effettiva eleggibilità avviene sulla base della valutazione multidimensionale con opportuni strumenti che tengano in considerazione i requisiti di ammissione. Nel caso di dimissione da U.O. ospedaliera la valutazione dovrà essere eseguita dal *Case Manager* della continuità assistenziale Ospedale-Territorio. Nel caso di invio dal territorio, la valutazione dovrà essere eseguita dal MMG con la collaborazione del personale dei servizi territoriali (ADI, UVM);
d) l'accettazione dell'utente in UDI avviene a cura del Coordinatore infermieristico e dell'infermiere *case manager* dell'UDI, previa formulazione del Piano di assistenza individuale (PAI) in collaborazione con il Medico di Distretto e/o il MMG;
e) la dimissione è concordata tra l'infermiere coordinatore e/o l'infermiere *case manager* e il Medico di Distretto e/o il MMG, previa consegna all'utente ricoverato di una relazione sintetica contenente informazioni sul programma eseguito durante la degenza e la terapia in atto alla dimissione.

Durata della degenza

La persona accolta nella struttura deve essere dimessa, di norma, entro il 20° giorno. Tale periodo è da ritenersi normalmente congruo e sufficiente, secondo evidenze scientifiche e prassi medica, a consentire il rientro al proprio domicilio, o ad inserire l'utente in un percorso di assistenza domiciliare, o prevedendo il suo accoglimento in strutture residenziali/semiresidenziali.

I raccordi funzionali della "UDI" sono:

- Medici di Medicina Generale
- Reparti Ospedalieri
- Servizi di Assistenza Domiciliare
- Servizi Aziendali
- Strutture Residenziali (RSA, Hospice) e di riabilitazione
- Etc.

Strumenti per la raccolta dati e sistema informativo

Sulla base dei requisiti organizzativi generali previsti dalla normativa vigente in materia di accreditamento delle strutture sanitarie, devono essere previsti appositi strumenti per la gestione della degenza in UDI, quali prioritariamente:

- scheda per la valutazione clinico-assistenziale multidimensionale e per la verifica dei criteri di eleggibilità dell'utente attraverso appositi strumenti validati, dei problemi/bisogni sanitari, riabilitativi, cognitivi, psicologici e di nursing della persona al momento dell'ammissione e periodicamente;
- cartella personale dell'utente contenente tutte le informazioni sanitarie necessarie per la continuità assistenziale, sistematicamente aggiornata dall'equipe professionale;
- piano assistenziale individuale, contenente gli obiettivi assistenziali con il relativo programma di intervento alla cui redazione collaborano i componenti dell'équipe professionale, ciascuno per le proprie competenze, corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- modulo di consenso informato;
- scheda di dimissione, contenente le informazioni amministrative, assistenziali e cliniche finalizzate ad alimentare lo specifico flusso informativo;
- protocolli operativi e procedure specifiche.

Nell' UDI può essere presente inoltre un *Infermiere Case Manager,* con funzioni di:
- collaborazione alla valutazione multidisciplinare dei pazienti insieme con i Medici di riferimento;
- collaborazione alla stesura del Piano Assistenziale Individuale con il Medico di riferimento del paziente stabilendo gli obiettivi dell'intervento assistenziale e le relative risorse per realizzarlo, verificando l'attuazione e l'efficacia del PAI;
- coordinamento dei percorsi di continuità assistenziale, finalizzati al rientro a domicilio o al rientro a domicilio in assistenza domiciliare o al trasferimento presso altra struttura residenziale o riabilitativa.

Dotazione Organica dell'Unità di Degenza a gestione Infermieristica:
Per un modulo fino a 10 letti, dovranno essere garantiti:
- 1 coordinatore infermieristico (che può coincidere anche con lo stesso della CdS);
- 1 infermiere Case Manager (se previsto);
- *5* infermieri per turno sulle 24 ore (organico base) e comunque almeno un'unità per turno sulle 24 ore;
- *5 O.S.S.* (organico base) per turno sulle 24 ore oppure, in assenza di questi, da altre *5* unità per turno sulle 24 ore.

Inoltre, nell'UDI devono essere previsti: terapisti della riabilitazione, occupazionali, logoterapisti, psicomotricisti, etc.) anche non dedicati (rapporto uno a dieci); assistente sociale (anche non dedicata); medici specialisti a consulenza.
I requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici sono quelli previsti dalla normativa vigente in materia di accreditamento delle strutture sanitarie.

b) area ambulatoriale complessa (ad es. chirurgia ambulatoriale)
Nella CdS, lì dove presenti sale operatorie, potranno essere previsti ambulatori chirurgici per gli interventi chirurgici meno complessi (APA - accorpamenti di prestazioni ambulatoriali) eseguiti anche dagli specialisti dell'ospedale più vicino. In modo analogo potranno essere strutturati Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC).

c) centri antiviolenza (ai sensi della legge 15.10.2013, n.119) da collocare preferibilmente nelle aree caratterizzate da maggiore rischio di aggressione e stalking. "(...) I *centri operano in modo integrato con la rete dei servizi socio-sanitari ed assistenziali territoriali. Possono essere promossi dagli Enti Locali e da associazioni operanti nel settore con esperienza al riguardo, preferibilmente di intesa o in forma consorziata tra loro(...)".*

d) assistenza farmaceutica: la previsione presso la CdS di un'articolazione funzionale di farmacia territoriale rappresenta un'opportunità volta a garantire l'assistenza farmaceutica mediante la distribuzione diretta di farmai e dispositivi medici per l'utilizzo interno e per il territorio, nonché mediante l'espletamento di altri compiti specificamente attribuiti. Il modello organizzativo e la declaratoria dei compiti istituzionali da attribuire a detta articolazione funzionale saranno oggetto di attenta valutazione a livello regionale, anche al fine di integrare le

funzioni di cui trattasi con le funzioni della farmacia ospedaliera, comunque garantite dalla farmacia aziendale.

e) punto di primo intervento (PPI) - presso la CdS è prevista la presenza ovvero uno stretto raccordo funzionale con la postazione più vicina del punto di soccorso mobile 118 e nelle aree non metropolitane, può essere previsto un punto di primo intervento in collegamento con i più vicini Pronto Soccorso e DEA.

MODALITA DI ACCESSO ALLA CdS:

L'accesso dell'utenza può essere:

a) diretto per i seguenti servizi: PUA, Punto Prelievi, CUP, ambulatorio infermieristico, ambulatorio di cure primarie (MMG/PLS) centro antiviolenza, ove presente;
b) indiretto su prescrizione o invio da parte del Medico (MMG/PLS o altro Medico del SSR) per problematiche clinico-assistenziali derivanti da patologie croniche gestibili con modalità programmabili quali diabete, cardiopatie, BPCO ed altre condizioni morbose nell'ambito di PDTA, o per la gestione di casi di media complessità che necessitano dell'intervento di specialisti e dell'area della diagnostica. In quest'ultimo caso l'invio guidato dell'assistito si realizza tramite interlocuzione tra il MMG/PLS e lo specialista della CdS.

RESPONSABILITA' DELLA CdS

La CdS è un'articolazione del Distretto sanitario, cui compete la responsabilità complessiva.
Al fine di assicurare il corretto funzionamento sono individuabili per ogni CdS le seguenti figure preposte alla gestione della stessa:

- responsabile organizzativo della CdS;
- coordinatore assistenziale della CdS;
- coordinatore Medico di Medicina Generale/PLS o altra figura di coordinamento prevista dal contratto collettivo, responsabile dello svolgimento delle attività di assistenza primaria con particolare riferimento alla creazione e gestione di percorsi assistenziali legati alla cronicità.

Responsabile medico della CdS

Il responsabile organizzativo svolge le seguenti funzioni:

- è responsabile degli aspetti igienico-sanitari e per quelli organizzativi e gestionali;
- coordina i professionisti medici coinvolti (MMG/PLS e medici specialisti);
- verifica che, sulla base delle relazioni del coordinatore dei MMG/PLS, la presa in carico avvenga secondo i PDTA elaborati;
- è responsabile del debito informativo;
- analizza i bisogni, monitorizza le azioni ed i risultati;
- programma e progetta gli interventi, in accordo con il direttore di distretto, secondo le linee di indirizzo aziendali;
- coordina le attività cliniche della CdS;
- si rapporta per le problematiche organizzative dei PDTA, con i dirigenti delle altre strutture coinvolte;
- si rapporta con il responsabile organizzativo per le problematiche della CdS;
- si rapporta con il coordinatore MMG/PLS anche per quanto riguarda la gestione del budget e degli obiettivi da raggiungere;
- risponde del raggiungimento degli obiettivi della CdS;
- è incaricato della sorveglianza del divieto di fumare nei locali della CdS.

Nelle CdS in cui è attivo il modello aggiuntivo di cure intermedie, l'Unità di Degenza Infermieristica (UDI), il responsabile della CdS:

- è garante dell'andamento complessivo della struttura;
- vigila sulla regolare compilazione e tenuta dell'archivio clinico e del registro delle presenze dei pazienti e delle liste di attesa;
- organizza con la collaborazione del coordinatore assistenziale della CdS la rete delle figure professionali necessarie alla realizzazione dei PAI dei pazienti ricoverati in UDI;
- rilascia, agli aventi diritto, in base alle normative vigenti, copia della documentazione sanitaria;
- è responsabile delle risorse materiali e dei beni farmaceutici, utilizzati nella struttura di degenza;
- cura l'osservanza delle disposizioni concernenti la medicina necroscopica.

Coordinatore infermieristico della CdS

Svolge le seguenti funzioni:

- coordina il personale assegnato e ne programma le attività assistenziali;
- coordina le azioni e monitora i risultati ottenuti a livello ambulatoriale;
- rileva le necessità assistenziali;
- è responsabile dell'ambulatorio infermieristico territoriale;
- progetta, in accordo, con gli altri referenti, gli interventi in relazione con le linee di indirizzo aziendali;
- partecipa alle attività di case-management coordinando il personale case-manager dei PDTA e collaborando con i MMG/PLS;
- organizza e coordina le consulenze specialistiche e gli interventi di diagnostica strumentale;
- è responsabile dei processi organizzativi e dell'approvvigionamento dei materiali e dei beni farmaceutici per il corretto funzionamento della CdS;
- garantisce un'adeguata gestione del rischio clinico attivando sistemi e procedure per identificare, prevenire e ridurre gli "eventi avversi" relativi alla erogazione delle prestazioni assistenziali secondo le procedure aziendali vigenti;
- definisce gli obiettivi, i criteri e gli indicatori per la valutazione degli esiti dell'attività assistenziale e organizzativa;
- garantisce la continuità delle attività assistenziali e dei relativi percorsi assistenziali;
- è responsabile dell'aggiornamento e della formazione permanente del personale assistenziale;
- assicura il supporto e fornisce consulenza per la costruzione ed implementazione di linee guida e protocolli specifici secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili (EBM).

Nelle CdS in cui è attivo il modello aggiuntivo di cure intermedie - l'Unità di Degenza Infermieristica (UDI) - il Coordinatore è responsabile dell'organizzazione e gestione della degenza infermieristica, garantendo una congrua organizzazione e gestione delle risorse professionali ivi assegnate.

ASPETTI STRUTTURALI GENERALI

Per la sede della CdS potranno essere utilizzate le strutture sanitarie fin da oggi disponibili per riconversione di strutture ospedaliere e poliambulatori, gli edifici messi a disposizione dai comuni, le sedi specificamente progettate ed edificate.

RACCORDI FUNZIONALI

In base agli obiettivi ed alle funzioni proprie della CdS è necessario prevedere percorsi integrati che mettano in rete la Struttura con:

- la ASReM e/o i Presidi Ospedalieri;
- i Medici di Medicina Generale non operanti nelle CdS, ma comunque associati;
- i Servizi di Assistenza Domiciliare;
- i Servizi Aziendali (Farmaceutico, Assistenza Protesica, Medicina Legale, SERT, Consultori, DSM ecc.);

- le Strutture Residenziali (RSA, Hospice);
- i Comuni di afferenza al Distretto per protocolli operativi per la gestione del PUA;
- volontariato e le Associazioni dei cittadini.

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, e successive modificazioni ed integrazioni - nell'ambito dei singoli accordi con il personale convenzionato della CdS -, l'ASREM nomina i MMG delle CdS corresponsabili del trattamento dei dati relativi alle funzioni amministrative delegate.

I MMG nell'effettuare le operazioni ed i compiti ad essi affidati dovranno osservare le norme di legge sulla protezione dei dati personali, compresa l'individuazione degli incaricati dei dati stessi e attenersi alle decisioni del Garante. I MMG delle CdS sono tenuti ad osservare, inoltre, compiutamente quanto disposto dall'Azienda Sanitaria nel regolamento aziendale di applicazione della normativa di cui al decreto legislativo n. 196 del 2003 ed, in particolare, dovranno informare l'Azienda della puntuale adozione di tutte le misure di sicurezza disposte da tale regolamento, così da evitare rischi di distruzione e perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta.

Resta ferma la responsabilità, ai sensi della citata normativa sulla Privacy, dei singoli professionisti in questione riguardo alla titolarità del trattamento dei dati di propria competenza.

SICUREZZA DEI LOCALI

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 81 del 2008 s.i.m., e successive modificazioni e integrazioni, con riferimento agli obblighi generali e specifici e, in particolar modo, alla valutazione del rischio incendio ed elaborazione e attuazione del piano di emergenza, i Medici di Medicina Generale e comunque tutti i soggetti non aziendali che svolgono a qualsiasi titolo l'attività nell'edificio della Casa della Salute sono tenuti a collaborare e/o garantire gli adempimenti previsti dal citato D.Lgs 81/08 s.i.m. e dalla normativa in materia di sicurezza antincendio e per la gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro, nonché rispettare le disposizioni aziendali in materia di salute e sicurezza.