



Riorganizzazione delle Cure Primarie

Sommario

Premessa	3
Assistenza Primaria.....	5
Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)	5
Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP).....	6
UCCP a sede unica (modello metropolitano)	6
UCCP in rete (modello rurale e montano a bassa densità abitativa)	7
UCCP con sede di riferimento (modello sub urbano) – sistema hub and spoke.....	7
Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA).....	8
Tipologie di PTA	10
Area pubblica.....	11
Area clinica	12
Area di Direzione	15
Il collegamento del PTA con l’Ospedale	16
Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi	17
Normativa di riferimento per Accredimento della Struttura	20
Sezione “A” – Requisiti generali	20
Sezione “B” – Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi specifici per le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale	20
Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi specifici per la struttura di P.M.A.	21
Day Service	22
Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD).....	24
Riabilitazione	26
Strutture di degenza territoriale	30
Ospedale di Comunità (O.C.)	30
Unità di Cure Residenziali Intensive (RSA R1)	31
Centro Risvegli (C.R.)	33
Hospice	34

Premessa

L'allungamento dell'aspettativa di vita e la maggiore prevalenza delle patologie croniche e/o rare ad alta complessità assistenziale e neurodegenerative, unitamente al miglioramento delle cure disponibili e delle tecnologie a supporto, impone un ripensamento del sistema di offerta sanitaria.

Una persona affetta da acuzie entra in ospedale dal quale esce - di norma - dopo un breve periodo, al contrario un malato con ipertensione, diabete, BPCO, demenza, è tale 24 h al giorno e 365 gg all'anno, rischiando, a volte, di far ricadere gli effetti negativi della malattia sui familiari che lo assistono.

È necessario pertanto porre il territorio in condizioni di operare aumentando la sua capacità di intercettare, prendere in carico e dare risposta ai bisogni di salute dei cittadini, bisogni sempre più complessi e a rilevante impatto sociale, conciliando esigenze di equità e solidarietà con il quadro delle risorse disponibili.

Per perseguire questo obiettivo occorre spostare la cura delle patologie, in particolare quelle croniche e quelle rare/complesse/gravi, dall'ospedale al territorio dove ormai è provato che una loro gestione, a parità d'efficacia, è sicuramente meno dispendiosa e più gradita da parte dei cittadini.

Fra le linee di azione a fondamento di tale processo emergono la valorizzazione ed il consolidamento:

- del ruolo dell'**Ospedale**, che dovrà essere caratterizzato sempre di più come luogo di cura delle acuzie ed organizzato per intensità di cura per superare le criticità del sistema, permettendo di rispondere in modo diverso ed appropriato con tecnologie, competenze, quantità e qualità del personale assegnato ai diversi gradi di instabilità clinica e complessità assistenziale. L'azione di restyling e di riordino non deve solo riguardare l'accorpamento e/o la riduzione del numero dei Presidi Ospedalieri, bensì deve anche basarsi su principi di *appropriatezza organizzativa* in cui definire il luogo più corretto per l'erogazione dei servizi maggiormente richiesti dai cittadini;
- del ruolo dell'**Ospedale** come **Presidio** della Rete Nazionale Malattie Rare (PRN) o come Presidio della Rete Regionale malattie rare Pugliesi (**ReRP**)¹ ;
- del ruolo del Territorio, ed in particolare del sistema dell'**Assistenza Primaria**, quale primo livello clinico di contatto dei cittadini con il sistema sanitario regionale, competente a garantire la continuità delle cure attraverso il rapporto diretto con la popolazione, la presenza capillare sul territorio distrettuale e la funzione di filtro, integrazione e coordinamento rispetto alla risposta specialistica ed ospedaliera;
- del ruolo del **Distretto Socio Sanitario** quale articolazione organizzativa ed operativa fondamentale della ASL per il governo della rete territoriale assicurando nel proprio ambito territoriale l'erogazione dell'assistenza primaria attraverso un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione di riferimento, compreso i malati affetti da malattia rara/grave/complessa.

Questo documento si limita, però, solo a considerare gli sviluppi futuri che ne potranno derivare dalla applicazione delle norme di legge in campo di Assistenza Primaria, previa stipula di specifici accordi contrattuali, nonché dell'imminente riordino ospedaliero. Gli effetti finali di questo processo, e le principali ripercussioni che queste novità comporteranno sull'assetto organizzativo dei Distretti Socio Sanitari della Regione Puglia, non significa *tout court* riorganizzazione di tutta la rete territoriale e distrettuale in particolare.

Infatti, i Distretti Socio Sanitari sono cambiati in termini anche di competenze a complessità crescenti ed inoltre spesso abbracciano bisogni rivenienti da Ambiti territoriali costituiti da più comuni con, quasi sempre, esigenze differenti.

¹ DGR n. 158/2015 all. c, paragrafo 4.

Infatti, in virtù della complessità esistente e di quella che si verrà a creare in un prossimo futuro, non è più procrastinabile, nell'ambito dell'assetto organizzativo, la necessità di dover separare le funzioni di *committenza* da quelle di *produzione* dei servizi e quindi l'istituzione di una **Struttura Complessa di Cure Primarie** all'interno di ogni Distretto Socio Sanitario della Regione Puglia.

Da qui la necessità di dover rivedere la Legge regionale n. 25/2006 ed il suo Regolamento regionale attuativo n. 6/2011, che hanno visto a tutt'oggi una attuazione scarsa o se non proprio marginale su tutto il territorio regionale, ostacolando la reale affermazione dei Distretti Socio Sanitari nella Regione Puglia.

Assistenza Primaria

Nell'ottica del riassetto della rete territoriale, la *cd. Legge Balduzzi*² ha previsto una riorganizzazione dell'assistenza primaria, concetto nuovamente richiamato con il successivo Patto per la Salute 2014-2016.

La norma ha previsto, nel nuovo assetto della Medicina Generale, il **Ruolo Unico** del personale medico convenzionato, con il superamento dell'attuale sistema distinto in settori, Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) e Assistenza Primaria (medici di famiglia), realizzando un sistema unitario, ove attività orarie, come ad esempio guardia medica e servizi territoriali, e attività a quota capitaria, come la medicina di famiglia, potranno essere svolte dallo stesso medico.

Tale cambiamento, seppur previsto dalle suddette normative, non ha ancora visto piena attuazione su scala nazionale ed è oggetto di contrattazione col prossimo Accordo Collettivo Nazionale (ACN) e dei successivi Accordi Integrativi Regionali (AIR) della medicina generale.

Oltre al ruolo unico nella precitata normativa, è stato previsto il superamento delle diverse tipologie di forme associative della Medicina Generale di cui all'art. 54 dell'ACN 2009,³ prevedendo quali uniche forme di aggregazione dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta le **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)**, forme organizzative monoprofessionali che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, e le **Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)**, forme organizzative multiprofessionali che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSN, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

Diverse regioni hanno già provveduto a definire e disciplinare normativamente le modalità attuative per queste nuove forme associative demandando a ciascuna Azienda Sanitaria lo svolgimento delle attività propedeutiche.

Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

Le **AFT** costituiscono un'articolazione del Distretto Socio Sanitario nell'ambito delle quali operano i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS) coordinati in *team funzionali* al fine di garantire una maggiore operatività.

In questo modo si realizza la rete orizzontale tra medici e si pongono le condizioni per quella verticale con le altre strutture del sistema, per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza.

In particolare, a regime i compiti dell'AFT possono essere così schematizzati:

- assicurare l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), nelle forme domiciliari ed ambulatoriali, a tutti i cittadini che ad essi afferiscono;
- sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione assistita;
- valutare i bisogni della popolazione assistita e promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;
- rappresentare il nodo centrale per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- partecipare ad iniziative di formazione e ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione.

Quanto scritto rivolto anche a pazienti affetti da malattia rara/ grave/ complessa.

² D.L. 13 settembre 2012 n.158, coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189.

³ Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

L'Azienda sanitaria, in accordo a quanto disposto dall'art. 26-bis dell'ACN, individua, con estensione territoriale variabile in relazione alla densità e distribuzione della popolazione nonché alle caratteristiche geomorfologiche del territorio (urbano, rurale, montano), le AFT in ogni Distretto Socio Sanitario del territorio aziendale in relazione ai seguenti criteri:

- popolazione assistita di riferimento non superiore a 30.000 residenti;
- numero di medici, di norma, non inferiore a 20, comprensivi di *medici a ciclo di fiducia* e *medici a rapporto orario*, connessi funzionalmente tra loro.

I medici che compongono l'AFT nominano al loro interno il **medico referente/coordinatore dell'AFT**, la cui remunerazione sarà frutto di contrattazione in seno all'Accordo Integrativo Regionale, con compiti di raccordo funzionale e professionale, destinatario degli obiettivi aziendali.

Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)

La **UCCP** rappresenta la forma organizzativa complessa che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio. Non sono forme organizzative alternative alle AFT, esse sono collegate alle AFT e comprendono i medici o parte dei medici che ne fanno parte.

L'UCCP si avvale di personale infermieristico, riabilitativo, amministrativo, assistente sociale, etc.⁴ rappresenta, pertanto, un'aggregazione strutturale multiprofessionale composta da personale convenzionato con il SSN insieme ad altri operatori del territorio, che operano nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica.

L'implementazione di tale forma associativa consente:

- di garantire l'accessibilità all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della Medicina Generale;
- di migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di patologie croniche e degenerative;
- di coordinare le risposte e i trasferimenti dall'Ospedale alle strutture territoriali (ammissioni e dimissioni protette);
- il controllo dell'appropriatezza prescrittiva, farmaceutica e specialistica ambulatoriale;
- di ricondurre al circuito delle cure primarie gli accessi impropri al Pronto soccorso, i ricoveri ospedalieri inappropriati e i ricoveri ripetuti fornendo una alternativa di diagnosi, cura e assistenza e presa in carico in appropriatezza;
- di facilitare, tramite il Distretto, la formulazione di percorsi assistenziali condivisi tra Ospedale e Territorio con la diretta partecipazione dei medici ospedalieri.

In considerazione delle caratteristiche orografiche e delle differenti densità abitative esistenti nella Regione Puglia, nell'ambito delle AFT, si dovranno prevedere modelli organizzativi delle UCCP differenti che meglio si adattano alle specifiche esigenze del territorio. A tal riguardo ed a titolo esemplificativo, in considerazione delle caratteristiche territoriali simili, ben si potrebbero adattare alla realtà pugliese i distinti modelli organizzativi previsti dalla Regione Campania:⁵

UCCP a sede unica (modello metropolitano)

Prevede l'individuazione della sede in un luogo ad alta densità di popolazione destinato ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti ed un numero di medici, di norma, non inferiore a 20 comprensivi di *medici a ciclo di fiducia* e *medici a rapporto orario*.

⁴ Art. 61 DGR n. 425 del 10.03.2011 "Accordo Integrativo Regionale per la Medicina generale ACN 29.07.2009 e ACN 08.07.2010. Approvazione. Rettifica DDGGRR n. 5/03 e n. 936/05 e smi".

⁵ Decreto n. 18 del 18.02.2015 della Regione Campania "Modello di riorganizzazione delle Cure Primarie. Approvazione".

UCCP in rete (modello rurale e montano a bassa densità abitativa)

Prevede l'individuazione nei territori a bassa densità abitativa di una o a più sedi di riferimento correlate alle necessità della popolazione assistita. Tale modello prevede, inoltre, un numero di medici, di norma, non inferiore a 10, comprensivi di *medici a ciclo di fiducia* e *medici a rapporto orario* e numero di assistiti non inferiore a 5.000.

In deroga ai precedenti modelli organizzativi, in caso di particolari situazioni debitamente motivate, l'Azienda può prevedere anche il seguente modello:

UCCP con sede di riferimento (modello sub urbano) – sistema hub and spoke

Prevede l'individuazione di una sede di riferimento nel luogo a maggiore richiesta assistenziale o nel luogo di maggiore densità abitativa collegata telematicamente ad altre sedi dislocate sul territorio di riferimento. Tale modello prevede un numero di medici, di norma, non inferiore a 15, comprensivi di *medici a ciclo di fiducia* e *medici a rapporto orario* e numero di assistiti non inferiore a 15.000.

Nell'ambito della sede dell'UCCP viene nominato un **referente/coordinatore unico** eletto dai medici appartenenti alla stessa struttura tra i medici convenzionati, con compiti di raccordo funzionale e professionale, destinatario degli obiettivi aziendali.

Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA)

Il PTA è un nuovo modello di organizzazione dell'assistenza che pone al centro il paziente facilitando l'accesso ai servizi e l'iter assistenziale complessivo. Le leve di *service management* che maggiormente lo caratterizzano sono quelle relative alle politiche del personale e l'accessibilità. Infatti, questa nuova modalità organizzativa è orientata prioritariamente all'integrazione delle diverse componenti assistenziali (MMG e PLS "dentro" il sistema) e alla stretta collaborazione con le Amministrazioni Locali.

Gli obiettivi primari del PTA sono:

- organizzare in modo appropriato, efficace ed efficiente i percorsi dei pazienti in relazione ai loro bisogni di salute, rivolgendo particolare attenzione alle persone con patologie a lungo termine e/o rare/gravi/complesse, che costituiscono una delle maggiori sfide per il sistema assistenziale;
- organizzare la transizione tra cure primarie e cure secondarie e terziarie promuovendo percorsi assistenziali integrati che mettano in evidenza le responsabilità, i contributi ed i risultati di tutti i professionisti impegnati nella filiera di cura e assistenza.

Il PTA è la "porta di ingresso" del cittadino ai servizi territoriali di assistenza. Esso si pone l'obiettivo di fornire una risposta integrata ai bisogni di salute della popolazione aggregando e/o integrando funzionalmente le diverse componenti dell'assistenza territoriale.

In particolare l'accesso unico alle cure: è il punto cruciale del PTA, attraverso il quale si creano i collegamenti con tutti i servizi territoriali, sia quelli fisicamente aggregati nel presidio, sia quelli non-aggregati permettendo di raggiungere più facilmente una delle finalità principali della riorganizzazione territoriale, che è quella di facilitare l'accesso e di snellire l'iter di presa in carico e di indirizzamento degli utenti.

Con il Decreto ministeriale n. 70 del 2015 e la Legge di stabilità 2016, sono stati individuati nuovi standard qualitativi, tecnologici e quantitativi al fine di portare le reti ospedaliere nazionali dentro omogenei parametri di sicurezza, efficacia di cura ed efficacia gestionale.

Il riordino ospedaliero allo studio della Regione Puglia ed in fase di approvazione definitiva, in ottemperanza alle suddette normative nazionali, ha previsto un'operazione che a parità di posti letto totali, ridefinisce la rete ospedaliera, prevedendo Ospedali di secondo livello (Hub), Ospedali di primo livello (Spoke) e Ospedali di base.

Tuttavia, già con i Regolamenti Regionali n. 18/2010, 36/2012 e, a seguire, con il Regolamento Regionale n. 14/2015, la Regione Puglia ha previsto l'istituzione di n. 31 **Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)**, quale risposta alla riconversione delle seguenti strutture ospedaliere.

ASL FG	ASL BT	ASL BA	ASL BR	ASL TA	ASL LE
Torremaggiore	Minervino Murge	Rutigliano	Mesagne	Massafra	Campi Salentina
San Marco in Lamis	Spinazzola	Altamura	Ceglie Messapica	Mottola	Nardò
Monte Sant'Angelo	Trani	Gravina	Cisternino		Poggiardo
Vico del Gargano		Bitonto	Fasano		Maglie
Sannicandro Garganico		Ruvo	San Pietro Vernotico		Gagliano del Capo
Troia/Accadia		Gioia del Colle			Martano
		Noci			
		Grumo Appula			
		Conversano			

Nulla impedisce, nondimeno, che questo tipo di strutture possano essere realizzate anche in altri ambiti territoriali indipendentemente dalla presenza in loco di Presidi ospedalieri dismessi, come in *strutture edificate ex novo* ovvero in *strutture esistenti di altra natura* purché rimodulate ed adattate alle nuove esigenze e rispondenti ai requisiti previsti.

Difatti la rete dei **Presidi Territoriali** già operativi comprende numerosi plessi che rispondono anch'essi alle caratteristiche previste per i PTA, come ad esempio:

ASL FG	ASL BT	ASL BA	ASL BR	ASL TA	ASL LE
		Monopoli "San Camillo"	Ceglie Messapica	Grottaglie	Maglie
		Polignano "Sant'Antonio"		Taranto "Osp. G. Moscati"	
		Santeramo in colle			

A tutt'oggi varie Regioni si sono approcciate nella realizzazione di queste strutture territoriali che, seppur denominate in modo differente (Casa della Salute, Presidi Territoriali di Assistenza, Ospedale Distrettuale, etc.), tutte hanno la finalità comune della presa in carico della cronicità, dell'appropriatezza e della prossimità delle cure, del coinvolgimento attivo dei cittadini-utenti nella costruzione di un concetto di salute per la comunità (che potremmo definire *welfare community* o *welfare society*) attraverso un nuovo modello organizzativo di offerta di servizi sanitari e sociosanitari a livello territoriale.

Ed è forse per questa eccessiva eterogeneità presente tra le varie regioni ed anche nella stessa regione tra le varie ASL, che è in atto un acceso dibattito sul come queste strutture possano coniugare le istanze della committenza con quelle della produzione, quelle dell'autonomia professionale (in particolare quella medico-specialistica) con quelle della standardizzazione organizzativa, le esigenze dell'appropriatezza delle cure con le logiche economiche finanziarie che governano il Servizio Sanitario Regionale.

La complessità gestionale di queste strutture, costituita non solo dalla semplice sommatoria dei vari singoli servizi accorpatisi in un'unica sede, è rappresentata anche dagli **alti livelli di interconnessione** che legano tutti i soggetti e i contesti. Si tratta di interdipendenze che emergono tra i diversi cicli funzionali propri delle realtà sanitarie (ciclo clinico, assistenziale ed amministrativo) e tra i vari professionisti coinvolti (MMG, PLS, specialisti convenzionati e dipendenti, territoriali ed ospedalieri, ma anche infermieri, tecnici sanitari, figure amministrative, etc.).

I processi di innovazione organizzativa nel contesto territoriale sono ispirati dalla necessità di razionalizzare sia le modalità di accesso ai servizi sanitari (agendo sui meccanismi di governo della domanda) sia le forme di offerta, operando sul governo dei meccanismi di produzione ed erogazione dei servizi.

La vicinanza fisica dei MMG, associati nelle varie forme previste dall'ACN, in rapporto costante e strutturato con i medici specialisti, con le funzioni di coordinamento ed indirizzo agite dalla Struttura Complessa delle Cure Primarie aziendale, nonché dagli strumenti di governo clinico attivati dalla ASL, sostengono la crescita professionale dei MMG e orientano le prassi organizzative e cliniche lungo percorsi riconosciuti, validi ed omogenei.

Inoltre, la presa in carico, operata nei PTA, delle fisiologiche fasi della vita delle persone e, soprattutto, della loro cronicità passa per l'adozione di un'impostazione di **medicina di iniziativa**, ispirata al *chronic care model*, capace di guidare e sostenere il paziente e i loro *caregiver* in un percorso di *empowerment* che stimola e mette in gioco tutte le potenzialità del paziente e del suo contesto, promuovendo azioni di *self-management* anche su pazienti in condizioni di forte fragilità.

La presa in carico globale dei pazienti affetti da malattia rara può usufruire di quanto la medicina di iniziativa ha già prodotto nella ASL TA con:

- **"Il Filo di Arianna"**: un **Modello organizzativo** elaborato da un Nucleo Interdisciplinare, composto da operatori delle varie branche specialistiche coinvolte, ospedaliere e territoriali, per la facilitazione all'accesso ai servizi ai pazienti ed alle famiglie, che si interfaccia con altri servizi di assistenza e cura, riducendo la solitudine e restituendo fiducia, credibilità e speranza nella società civile e nelle istituzioni;

- un raccordo con il **Centro Territoriale per le malattie rare aziendale** e con le **task force** già presenti a tal scopo nei Distretti Socio Sanitari delle ASL pugliesi.

In questa cornice i PTA rappresentano strutture della ASL che collocate in una sede ben riconoscibile, con un'immagine forte, definita e chiaramente identificabile dalla popolazione di riferimento, concentrano tutti i servizi distrettuali e tutte le altre attività che possono contribuire a realizzare la copertura assistenziale nell'arco delle 12/24 ore, a seconda della loro dimensione, andando a rappresentare un'articolazione nell'ambito dell'organizzazione del Distretto Socio Sanitario, la cui gestione complessiva deve essere affidata ad un **Dirigente medico**, con incarico di responsabilità definito in maniera graduata rispetto alla complessità della struttura affidata (da incarico professionale di cui alla lettera c, ad incarico di direzione di struttura semplice di cui alla *lettera b* dell'articolo 27 del vigente CCNL Dirigenza Medica)⁶ e con il compito di coordinare le attività erogate e di curare le interfacce con gli altri Dipartimenti e Servizi.

In deroga agli standard stabiliti dalle normative vigenti,⁷ deve, parimenti, essere prevista una figura di **coordinamento infermieristico** al fine di omogeneizzare e semplificare le procedure di accesso alle prestazioni ed ai servizi territoriali, sia ambulatoriali che domiciliari nonché promuovere l'integrazione ospedale-territorio attraverso una rapida presa in carico nelle dimissioni protette.

I PTA sono strutture che devono non solo essere punto di accoglienza e orientamento ai servizi sanitari, sociosanitari e socio assistenziali per tutti i cittadini, ma anche un ambito nel quale erogare assistenza sanitaria e garantire sia la gestione delle patologie croniche che il completamento dei principali Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Da un punto di vista strutturale, come regola generale, il PTA dovrà includere differenti tipi di spazi suddivisi in **macro-aree omogenee raggruppate per funzione**, non necessariamente ad uso esclusivo, ognuna delle quali deve possedere caratteristiche ed esigenze differenti e quindi, in modo analogo, dovranno essere riconoscibili dall'utente, anche attraverso le finiture, gli arredi, i colori, per rendere chiari i percorsi e l'orientamento.

Tipologie di PTA

Il PTA è quindi previsto come sistema di erogazione di servizi in rete che permette di intercettare capillarmente le richieste socio-assistenziali e sanitarie dei cittadini utenti e di soddisfarle in modo appropriato. Pertanto, in relazione alle caratteristiche del territorio ed alla densità della popolazione possono avere diversi gradi di complessità; tre sono, infatti, le diverse tipologie di dimensionamento, a seconda dei servizi presenti in varia combinazione, legate ad una loro preesistenza ovvero a particolari esigenze territoriali:

- *PTA di I livello*
- *PTA di II livello*

⁶ **Articolo 27 - Tipologie di incarico (Contratto dirigenza medica/veterinaria 98-01)**

1. Le tipologie di incarichi conferibili ai dirigenti medici e veterinari sono le seguenti:

- a) incarico di direzione di struttura complessa. Tra essi sono ricompresi l'incarico di direttore di dipartimento, di distretto sanitario o di presidio ospedaliero di cui al d.lgs. 502/1992;
- b) incarico di direzione di struttura semplice;
- c) incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo.
- d) incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

2. La definizione della tipologia degli incarichi di cui alle lettere b) e c) è una mera elencazione che non configura rapporti di sovra o sotto ordinazione degli incarichi, la quale discende esclusivamente dall'assetto organizzativo aziendale e dalla graduazione delle funzioni.

⁷ DGR 21 giugno 2011, n. 1388 "Parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del SSR ex art. 12, co. 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012. Approvazione." e s.m.i.

- PTA di III livello

In particolare si devono identificare le seguenti principali macro-aree.

Area pubblica

L'area pubblica comprende, dimensionati secondo le necessità: l'ingresso, l'area principale d'attesa, il punto di informazione, il CUP, il bar/punto di ristoro, etc. Essa dovrebbe essere il più possibile aperta e dare sensazione di accoglienza dell'utente.

Infatti, è la parte in cui l'utente passa la maggior parte del tempo all'interno del presidio, di conseguenza questi sono gli spazi che maggiormente contribuiranno a definire l'immagine del PTA. Ad essi si dovrà quindi dedicare particolare cura nella progettazione, cercando di creare ambienti piacevoli e confortevoli, dal punto di vista della definizione dello spazio, dei colori, degli arredi e della progettazione della luce sia naturale che artificiale.

È preferibile, per motivi di sicurezza e di controllo e per non ingenerare confusione nel pubblico, avere – ove possibile - un unico punto di ingresso. Ad ogni buon conto le ASL dovranno prevedere opportuna vigilanza delle strutture 24/24 ore con sistemi attivi e passivi idonei (vigilanza diurna e notturna armata e sistemi di allarme e videosorveglianza collegati a centrale).

Nell'area accettazione dovrà essere allocato il **punto di informazione** (sportello URP) nonché tutte le indicazioni per il raggiungimento delle varie aree e servizi offerti nel PTA.

Nel Presidio dovranno essere disponibili separate **aree di attesa**, dotate di idoneo servizio di eliminacode, contigue soprattutto ai servizi ad elevato afflusso di utenza. Nella progettazione si dovranno raggruppare il più possibile gli spazi di primo contatto con il pubblico (informazione, CUP, ufficio anagrafe assistibili, etc.). Auspicabile sarebbe anche la realizzazione di *sportelli front office* identificati come **Accesso Unico Facilitato al Sistema** per semplificare il rapporto con il cittadino (es. *Sportello Disabilità e Handicap, Sportello SLA, Sportello Fragilità e Malattie Rare, Sportello per dichiarazione volontà donazione organi, Sportello Alzheimer ecc.*). Detto sistema di accesso sarà di tipo flessibile e multifunzionale, sia per poter meglio affrontare quelle attività legate a determinati periodi (es. rinnovo delle esenzioni ticket, scelta del medico per subentro, etc.) che determinano un iperafflusso di utenza, sia per semplificare i percorsi interni e poter ricavare spazi di attesa comuni. Anche l'eventuale zona bar, ristoro, edicola, etc. dovrà essere collocata in zona limitrofa.

Zona / settore	Servizi	I [^] livello	II [^] livello	III [^] livello
AREA PUBBLICA				
SERVIZI COMUNI	Accoglienza-accettazione	SI	SI	SI
	Spazi di attesa comuni	SI	SI	SI
	Punto informazione (URP)	SI	SI	SI
	Accesso Unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)	SI	SI	SI
	CUP-Ticket	SI	SI	SI
	Ufficio Anagrafe Assistibili	SI	SI	SI
	Sportello Protesica/integrativa	SI	SI	SI
	Ufficio protesi e ausili	NO	SI/NO	SI
	Bar/Punto di Ristoro/zona mensa	NO	SI/NO	SI
	Associazioni di volontariato	SI/NO	SI/NO	SI/NO

Area clinica

Questa area rappresenta il punto centrale del Presidio ed è quella che principalmente differenzia le varie tipologie di PTA. All'interno di detta area si troveranno ambienti aperti al pubblico (ambulatori, etc.) ed ambienti riservati al solo personale (locali tecnici, spogliatoi, etc.).

L'organizzazione del PTA prevedrà che i servizi simili siano organizzati in raggruppamenti funzionali di attività, rispettando i percorsi operativi e nell'ottica di facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi:

- **zona dei servizi sanitari** – comprendente punto prelievo territoriale, ambulatorio infermieristico, ambulatorio per gli immigrati (STP), servizio ADI-cure domiciliari, diagnostica radiologica (RX tradizionale), diagnostica senologica (digitale per screening), diagnostica avanzata (TAC/RMN), poliambulatorio di base, specialistico e di terzo livello⁸, Day service medici e Day Service chirurgici (per i PTA dotati di sale operatorie idonee) nonché di ambulatori/servizi territoriali afferenti alle reti cliniche⁹ (*rete delle emergenze cardiologiche, rete malattie rare, rete della medicina trasfusionale, ecc.*), ambulatori decentrati dei Centri Antitrombosi (CAT) per pazienti in trattamento orale anticoagulante TAO/NAO nonché ambulatori afferenti alle reti aziendali dipartimentali, Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)¹⁰;
- **zona dei servizi sanitari per l'emergenza/urgenza** comprendente postazione 118, punto di primo intervento territoriale (PPIT). Sarebbe auspicabile che le sedi del servizio di Continuità Assistenziale e - laddove attivato - il Servizio di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (SCAP), vengano allocati in prossimità dei PPIT in considerazione della loro principale funzione di intercettare i codici bianchi e verdi che inappropriatamente accedono al pronto soccorso.
- **zona delle cure primarie** (MMG, PLS, etc.) – comprendente UCCP, CPT o da altre forme aggregative previste dalla convenzione dei MMG e dei PLS. Dette attività devono essere allocate in spazi idonei alla forma associativa autorizzata e preferibilmente in settori facilmente raggiungibili dall'utenza.
- **zona dei servizi sociali e socio sanitari** comprendente la Porta Unica d'Accesso (PUA), l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), il servizio sociale professionale e - secondo la articolazione prevista dalla rete consultoriale regionale¹¹ - il Consultorio Familiare. Quest'ultimo deve essere dotato, possibilmente, di ingresso riservato e comunque posto in un settore che non interferisca con le altre attività.
- **zona dei servizi sanitari dipartimentali** comprendente riabilitazione, CSM e NPJA, Sert e PMA . La collocazione di dette attività deve essere pensata per evitare interferenze con le altre attività e, ove possibile, essere dotata di ingresso riservato.
- **zona dei servizi residenziali con posti letto/posti rene** comprendente RSA (*tipo R1, ecc.*) , Ospedale di comunità, Hospice, Centro risvegli, Centro Dialisi, Centro *residenziale* per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA).
- **zona dei servizi semiresidenziali** comprendente Centri diurni (*per disabili, per psichiatrici, per soggetti affetti da demenza*) e Centro *semiresidenziale* per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA).
- **zona dei servizi di prevenzione** comprendente vaccinazioni, medicina legale e fiscale, commissione invalidi, etc.

Zona / settore	Servizi	I [^] livello	II [^] livello	III [^] livello
----------------	---------	------------------------	-------------------------	--------------------------

⁸ Paragrafo 2.4.2.1 del Piano regionale di Salute 2008/2010 adottato con LR n. 23 del 19 settembre 2008.

⁹ Art. 4 del Regolamento Regionale n. 14 del 4 giugno 2015.

¹⁰ "Piano nazionale demenze" approvato dalla Conferenza Unificata del 30 ottobre 2014 e pubblicato in G.U. 13 gennaio 2015, n. 9.

¹¹ DGR 27 dicembre 2012, n. 3066 "L.R. n. 23/2008 – Piano di Salute 2008-2010 e DGR n. 405 del 17 marzo 2009. Progetto di riorganizzazione della rete consultoriale pugliese e Direttive regionali. Approvazione a seguito della revoca della DGR n. 735 del 15 marzo 2010".

AREA CLINICA				
SERVIZI SANITARI	Punto prelievo	SI	SI	SI
	Ambulatorio infermieristico	SI	SI	SI
	ADI / Cure Domiciliari	SI	SI	SI
	Diagnostica radiologica	NO	SI/NO	SI/NO
	Diagnostica senologica	NO	SI/NO	SI/NO
	Diagnostica avanzata (TAC /RMN)	NO	NO	SI/NO
	Poliambulatorio di base	SI	NO	NO
	Poliambulatorio specialistico	SI	SI	NO
	Poliambulatorio di terzo livello	NO	SI	SI
	Day Service medici	SI/NO	SI/NO	SI
	Day Service chirurgici	NO	SI/NO	SI/NO
	Ambulatori servizi territoriali afferenti alle reti cliniche e aziendali	SI/NO	SI/NO	SI/NO
	Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)	SI/NO	SI/NO	SI
SERVIZI EMERGENZA URGENZA (SEU)	postazione 118	SI	SI	SI
	Punto Primo Intervento Territoriale (PPIT)	SI	SI	SI
	Continuità Assistenziale	SI	SI	SI
	Servizio Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (SCAP)	NO	SI/NO	SI/NO
CURE PRIMARIE	UCCP	NO	SI/NO	SI/NO
	AFT	SI/NO	SI/NO	SI/NO
	CPT	SI/NO	SI/NO	SI/NO
	Forme aggregate PLS	SI/NO	SI/NO	SI/NO
SERVIZI SOCIO SANITARI	Porta Unica di Accesso (PUA)	SI/NO	SI/NO	SI
	Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)	SI/NO	SI/NO	SI
	Ufficio Servizio Sociale professionale	SI/NO	SI/NO	SI
	Consultorio Familiare	SI/NO	SI/NO	SI/NO
SERVIZI SANITARI DIPARTIMENTALI	Servizio Riabilitazione	SI/NO	SI/NO	SI
	CSM	SI/NO	SI/NO	SI/NO
	Neuropsichiatria infantile	NO	SI/NO	SI/NO
	SerT	NO	SI/NO	SI/NO
	Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)	NO	NO	SI/NO
SERVIZI RESIDENZIALI CON POSTI LETTO / POSTI RENE	RSA R1	NO	NO	SI/NO
	Ospedale di Comunità	NO	NO	SI/NO
	Hospice	NO	SI/NO	SI/NO
	Centro risvegli	NO	NO	SI/NO
	Centro dialisi	NO	NO	SI/NO
	Centro <i>residenziale</i> per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	NO	NO	SI/NO
SERVIZI SEMIRESIDENZIALI	Centro diurno per disabili	NO	NO	SI/NO
	Centro diurno per psichiatrici	NO	NO	SI/NO
	Centro diurno demenze	NO	NO	SI/NO

	Centro <i>semiresidenziale</i> per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	NO	NO	SI/NO
PREVENZIONE	Vaccinazioni	SI/NO	SI/NO	SI/NO
	Commissione invalidi	SI/NO	SI/NO	SI/NO
	Medicina legale e fiscale	SI/NO	SI/NO	SI/NO

L'assistenza specialistica, insieme all'assistenza primaria, è l'altro settore che necessariamente dovrà essere oggetto di riorganizzazione, intesa sia in senso di potenziamento, mediante implementazione della tipologia dell'offerta che di un potenziamento tecnologico delle branche specialistiche al fine di realizzare un Poliambulatorio a complessità crescente dal PTA di primo livello a quello di secondo e terzo livello, dotato di una attività specialistica h 12 (dalle ore 8.00 alle ore 20.00) dal lunedì al sabato.

La rete dei Poliambulatori deve essere dimensionata per essere capace di offrire in maniera flessibile prestazioni, sia semplici che strutturate sotto forma di **Day Service (DSA)** come pacchetti ambulatoriali relativi a **Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA)** territoriali rivolti a pazienti cronici e inseriti in modelli strutturati di *disease management* e di presa in carico da parte dei MMG.

In tale contesto, l'assistenza specialistica territoriale, nel rispetto del principio della presa in carico globale del paziente cronico e dell'approccio di medicina d'iniziativa, dovrà prevedere l'erogazione di prestazioni, da parte dei professionisti e delle differenti figure professionali del PTA e compatibilmente con la natura delle stesse, sia ambulatoriali che più prettamente territoriali, in integrazione con i servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

L'approccio "*d'iniziativa*" tende a ridurre in modo significativo l'accesso al Pronto Soccorso ed il ricorso inappropriato all'ospedale, luogo del trattamento esclusivo per le acuzie.

La compresenza nei PTA di figure professionali con competenze diverse e le mutevoli esigenze degli assistiti connotano un ambiente organizzativo in cui la titolarità di taluni interventi e il ruolo dei professionisti risulta a geometria variabile.

L'offerta della medicina specialistica del PTA deve essere incardinata su medici convenzionati ambulatoriali interni, possibilmente a tempo pieno su un unico Distretto Socio Sanitario, e su medici dipendenti tutti operanti all'interno di un robusto rapporto di integrazione Territorio-Ospedale-Dipartimenti territoriali finalizzata alla presa in carico soprattutto dell'utenza in condizione di fragilità temporanea o definitiva.

Un siffatto assetto organizzativo è da intendersi la chiave di volta delle politiche che riguardano il settore ambulatoriale, sia per l'ottimizzazione dei flussi dei pazienti ambulatoriali tramite la messa in comune degli spazi e delle agende, sia per le competenze ed i saperi specialistici di cui sono portatori. Senza tralasciare l'aspetto culturale, per far comprendere ai professionisti, soprattutto ospedalieri, l'importanza del settore ambulatoriale nel futuro dell'erogazione di servizi sanitari e nella funzione di *gate* di accesso o di filtro.

Tutte le prestazioni specialistiche, senza eccezioni, devono rientrare a CUP incoraggiando la prenotazione via telefono o *on line* più che attraverso il *front office*. I *follow up* devono, invece, essere prenotati in back office direttamente dal professionista, riservando degli slot specifici, in modo da rendere più scorrevoli i percorsi dei pazienti dopo il primo accesso.

Emblematico in tal senso il **ruolo dell'infermiere** che, soprattutto nelle patologie croniche, diviene a tutti gli effetti responsabile della presa in carico del paziente a supporto degli interventi dei medici specialisti e del medico di medicina generale dell'assistito.

Pertanto, l'**Ambulatorio infermieristico**, inteso quale "servizio" da istituirsi in ogni PTA, ha l'obiettivo di favorire e garantire la continuità assistenziale sia per i pazienti deambulanti, che necessitano di interventi infermieristici in forma ambulatoriale, sia per i pazienti da assistere a domicilio. All'interno di questi ambulatori, infatti, svolgeranno la loro attività gli stessi operatori che si occupano degli ambulatori

specialistici, del centro prelievo, delle cure domiciliari, del Punto di primo intervento territoriale per l'esecuzione di trattamenti sanitari per i quali non è necessario l'intervento del medico, ed è presente esclusivamente personale infermieristico e di supporto la cui gestione complessiva deve essere affidata ad un **coordinatore infermieristico**, all'interno della Struttura Complessa delle Cure Primarie, che coordina le attività erogate.

La presenza di una **sala operatoria**, rispondente ai requisiti previsti dalle normative vigenti in materia, dotata del necessario personale di supporto, potrebbe divenire il luogo in cui tutte le branche chirurgiche, territoriali ed ospedaliere, in giornate distinte potrebbero effettuare tutte quelle prestazioni in cui il *setting* ambulatoriale dovrebbe essere preferibile perché ad alto rischio di inappropriata se erogate in altro setting (regime di *day surgery* e/o in regime di degenza ordinaria).¹²

In una logica di integrazione istituzionale e organizzativa, il PTA svolge, quindi, la funzione ideale di aggregazione dei professionisti che operano sul territorio di riferimento: nella struttura, prestano la loro attività **medici di medicina generale (MMG)** aggregati in una delle forme associative previste dall'ACN, i **medici di Continuità Assistenziale (CA)** e gli **Specialisti** per le prestazioni ambulatoriali, nonché **infermieri e fisioterapisti** per l'assistenza ambulatoriale e domiciliare, **Pediatri di libera scelta (PLS)**, etc., per la cura del singolo e della collettività.

Il miglioramento che ci si aspetta da tale rinnovamento organizzativo e professionale ricade vantaggiosamente sui tre attori cardine del sistema: i cittadini, i professionisti e l'organizzazione.

L'integrazione tra i professionisti sempre più strutturati in questi presidi territoriali, rappresenta un vero cambiamento nell'organizzazione dell'assistenza primaria, poiché va a modificare una realtà rappresentata dal Medico di Medicina Generale che, lasciato solo nel suo studio, determina un alto carico burocratico determinando il rischio di impedire lo svolgimento del suo ruolo di clinico. Con questa nuova organizzazione si restituisce ai MMG/PLS il ruolo clinico e quindi la titolarità della funzione di governo clinico, valorizzando, al contempo, gli infermieri per quel che attiene le attività di presa in carico, *counselling*, assistenza, accompagnamento nei percorsi, adesione alla terapia.

In questa direzione, con i PTA, ponendo al centro il cittadino, si rende possibile cogliere il bisogno in modo globale, costruendo risposte appropriate e basate sul principio della continuità e della presa in carico dei pazienti e delle famiglie.

In definitiva, il PTA si configura come un elemento aggregante di risorse (sia umane che strumentali) e, come tale, si pone in uno spazio "*altro*" rispetto alle logiche divisionali tipiche delle organizzazioni sanitarie. Sintesi e catalizzatore di processi e percorsi orientati alla salvaguardia della salute dei cittadini, il PTA offre l'opportunità al SSR di una **crecita orientata al concetto di appropriatezza nell'uso delle risorse assegnate**.

Si tratta di un **modello innovativo**, almeno per il contesto della sanità territoriale, che sembra offrire potenzialità assolutamente significative in un'ottica di efficienza ed efficacia funzionale, ma che, per affermarsi compiutamente, dovrà incidere in modo rilevante sulla cultura dei professionisti e delle organizzazioni sanitarie.

Area di Direzione

È una zona che ha una funzione prevalentemente di servizio, pertanto nella progettazione questa macro-area potrà essere allocata su un piano differente da quello degli ambulatori e comunque in una zona lontana dai percorsi principali. A seconda delle dimensioni del Presidio, l'area del personale e degli uffici periferici può comprendere la zona amministrativa, un'area direzionale, aule e sale riunioni dedicate.

¹² Patto della Salute 2012-2014.

Essendo punto di riferimento per la salute del cittadino nel senso più ampio del termine, il PTA deve ricomprendere al proprio interno, nei limiti della disponibilità di spazi, anche aree per le associazioni di volontariato.

Alcuni particolari spazi amministrativi devono trovarsi necessariamente in aree condivise con gli spazi di accoglienza, come il CUP, lo sportello anagrafe assistibili, l'ufficio protesi/ausili e assistenza integrativa, etc. cercando di differenziare l'attività connessa col *front office* col cittadino, rispetto all'attività di *back office* dell'amministrazione.

La **farmacia territoriale** ed i **punti di distribuzione per assistenza integrativa farmaceutica** – ove previsti - troveranno idonea sistemazione nei PTA. Per detti servizi deve essere garantita una attenta sorveglianza nelle forme più idonee.

Sono compresi in questa macro-area anche gli spazi dedicati alla gestione degli approvvigionamenti (*magazzino economale, magazzino protesica ecc.*) e allo smaltimento dei rifiuti, nonché zone di servizio necessarie al funzionamento del Presidio.

Zona / settore	Servizi	I ^a livello	II ^a livello	III ^a livello
AREA DI DIREZIONE				
	Uffici di direzione DSS/Uffici amministrativi	SI/NO	SI/NO	SI
	Uffici periferici di Aree (amm.ve e tecniche)	NO	SI/NO	SI/NO
FARMACIA TERRITORIALE				
	Farmacia Territoriale	NO	SI/NO	SI
	Assistenza Integrativa Farmaceutica (magazzino /punto di distribuzione)	SI/NO	SI/NO	SI/NO
SERVIZI GENERALI				
	Magazzino (protesica/economato)	SI/NO	SI/NO	SI
	Sala riunioni/conferenza	NO	SI/NO	SI

Il collegamento del PTA con l'Ospedale

Il collegamento tra il Presidio Territoriale di Assistenza ed il Presidio Ospedaliero rappresenta una prospettiva fondamentale di sviluppo della rifunionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale. I punti di interconnessione PTA-Ospedale riguardano le principali aree presenti nella struttura ed in particolare:

- **Collegamento dei Punti di Primo Intervento (PPI) e la Rete della Emergenza Urgenza:** per la gestione di tutti i casi urgenti a livello territoriale;
- **Dimissioni protette:** per i pazienti ricoverati e dimessi con problematiche di non autosufficienza da inserire nel circuito delle cure domiciliari o, ove necessario, residenziali;
- **Dimissioni facilitate:** in particolare dei pazienti cronici (diabete mellito, scompenso cardiaco, etc.) e dei pazienti post-acuzie con patologie severe (post-infarto, post-ictus) o con malattia rara/grave/complessa che garantiranno la continuità assistenziale attraverso il collegamento pre-dimissione con la rete territoriale di assistenza di riferimento del paziente.

Utile, a tal fine, può essere l'allocare in ogni Presidio Ospedaliero un "**Ufficio Distrettuale**", con un referente (infermiere o assistente sociale) appartenente alla rete di assistenza territoriale, che opererà in stretto collegamento con la PUA del PTA e che prenderà in carico, secondo i principi del *case-management*, gestendo il percorso di collegamento con il MMG/PLS che ha in carico il paziente e con il circuito delle Cure Primarie collegato al PTA di appartenenza.

Particolare attenzione sarà posta ai pazienti cronici con livelli di complessità medio-alto, che dovranno essere inviati, in accordo con il piano di cura indicato dal reparto di dimissione e condiviso col MMG/PLS, al Day Service territoriale.

Il Referente territoriale prenderà in carico attivamente anche i pazienti post-ictus o post-trauma che necessitano dell'attivazione rapida di percorsi riabilitativi. Infatti, i ritardi in questo settore diminuiscono le effettive potenzialità di ripresa, generando danni irreparabili per i pazienti e per la loro qualità di vita, oltre ai maggiori costi per il sistema. In questi casi il case-manager dovrà attivare, prima della dimissione, le strutture del circuito riabilitativo in modo da facilitare l'invio concordato del paziente alle strutture territoriali che siano più tempestivamente disponibili alla presa in carico precoce ed all'inizio tempestivo dell'iter riabilitativo.

Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi

Tutti i Presidi Territoriali di Assistenza realizzati e/o da realizzarsi, dovranno essere censiti nell'Area Anagrafe delle Strutture Sanitarie dei Sistemi Informativi Sanitari Regionali e possedere non solo i requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio, ma dovrà essere posto in essere quanto necessario per ottenere i requisiti necessari per il riconoscimento dell'accREDITAMENTO istituzionale.¹³

La **dotazione organica** di tutta la struttura dovrà essere, sia in termini numerici che per posizione funzionale e qualifica, soddisfacente in rapporto al fabbisogno tale da garantire il corretto svolgimento delle diverse attività e servizi. È indispensabile che tutti i ruoli e le posizioni funzionali siano ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalle normative vigenti in materia.

Tutta la struttura dovrà essere dotata di cartella clinica informatizzata condivisa ed integrata con gli attuali software dei MMG e con quelli dei vari ambulatori specialistici.

I PTA, essendo a complessità crescente dal primo livello, al secondo fino al terzo livello, senza nulla togliere a eventuali attività e servizi già esistenti, dovranno essere dotati da una strumentazione minima. Infatti, oltre all'arredamento ed alle attrezzature e presidi medico chirurgici generici che dovranno essere presenti in ogni ambulatorio specialistico, in relazione alla specificità dell'attività da svolgersi, dovranno essere presenti tutte quelle risorse tecnologiche al fine di permettere ai vari specialisti di esprimere il massimo delle loro capacità professionali fungendo da *reale filtro* della domanda ed evitando l'invio ai Presidi ospedalieri, deputati alla gestione dell'acuzie ed alle indagini di complessità maggiore.

Tutti gli ambienti devono essere a norma per quanto riguarda l'illuminazione, sia naturale che artificiale, l'aerazione, l'impiantistica, etc. ed il personale sanitario deve essere adeguato al volume ed alla tipologia delle prestazioni erogate e da erogarsi.

Nel rimandare alle specifiche normative per quanto riguarda i requisiti necessari per le varie strutture e servizi presenti nel PTA, a titolo puramente esemplificativo:

Punti prelievi

Sono punti decentrati che afferiscono al *Laboratorio di analisi* della ASL. Dovrà essere dotata di un'area d'attesa, dedicata o in comune con altri servizi; un locale per i prelievi con poltrone idonee in numero sufficiente, lettino, carrello per le emergenze; ed un'area per l'accettazione, attività amministrativa e archivio.

Diagnostica per immagine

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle attività da erogare. La dotazione minima di ambienti per l'attività di diagnostica per immagine è costituita da un'area d'attesa, dedicata o in comune con altri servizi; un'area per l'accettazione, attività amministrativa e archivio; una sala di

¹³ Regolamento Regionale 5 febbraio 2010, n. 3 "Modifiche ed integrazioni al regolamento regionale 13 gennaio 2005, n. 3 "Requisiti strutturali per autorizzazione ed accREDITAMENTO delle strutture sanitarie".

radiodiagnostica con annessi spazi/spogliatoi per gli utenti e servizio igienico dedicato per l'esecuzione di particolari esami (es. Rx urografia, Rx clisma opaco, etc.) qualora erogate; un locale per gli esami ecografici; locale per esami di diagnostica TC ed un'altra per gli esami di diagnostica RM, se erogati; locale per l'esecuzione della densitometria ossea; oltre ad ambienti per la refertazione, area tecnica, etc.

Ambulatorio chirurgia

Da un punto di vista strutturale gli ambienti devono consentire lo svolgimento dell'attività diagnostico/terapeutica relazionata al tipo di specialità svolta. Nel caso la struttura fosse dotata di sala operatoria, è auspicabile che tutti gli interventi chirurgici vengano eseguiti in tali ambienti limitando l'ambulatorio al solo utilizzo della visita ed alle procedure diagnostiche. In caso contrario l'ambulatorio dovrà essere dotato di tavolo operatorio idoneo, lampada scialitica, sterilizzatrice, elettrobisturi, armadio farmaci, carrello per strumentario, carrello emergenze, defibrillatore, etc.

Ambulatorio di cardiologia

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate. La dotazione strumentale minima deve essere costituita dall'ecocardiografo con sistema doppler, elettrocardiografo con monitor, pedana scorrevole e/o cicloergometro, holter ecg, holter pressorio, bilancia con altimetro, etc. Porre in essere quanto necessario per realizzare il Centro di 1° livello distrettuale (Spoke) nell'ambito della rete regionale dei Centri per la diagnosi dell'ipertensione arteriosa e del rischio cardiovascolare, in ottemperanza delle normative regionali.¹⁴

Ambulatorio di endoscopia

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate e comunque oltre alla stanza adibita per l'esecuzione dell'esame, ci dovrà essere un locale/spazio dedicato per il risveglio/osservazione del paziente, un locale/spazio adeguato per il lavaggio ed alta disinfezione degli strumenti, etc. La dotazione di strumenti ed accessori deve essere correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni da erogare e comunque: prevedere un numero di endoscopi accessori tale da permettere il completamento delle indagini terapeutiche in caso di guasti o rotture improvvisi; un saturimetro digitale; un lava-endoscopia; un carrello per le emergenze, etc.

Ambulatorio di medicina dello sport

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate e comunque devono essere previsti locali per visite mediche ed appositi spazi per le attività diagnostiche e strumentali. Devono essere assicurati almeno la seguente strumentazione minima: elettrocardiografo con monitor, pedana scorrevole e/o cicloergometro, ecocardiografo, holter ecg, spirometro, metronomo, bilancia con altimetro, scalino graduabile, ottotipo luminoso, tavole di Hishihara, carrello di emergenza, etc.

Ambulatorio di odontoiatria

Per poter garantire la normale attività nonché il rispetto della privacy dell'utente, la superficie complessiva non può essere inferiore ai 50 mq e devono essere garantiti i seguenti requisiti minimi: poltrona-riunito odontoiatrico, provvisto di turbina, micromotore, siringa aria/acqua, cannula di aspirazione, lampada alogena; apparecchio Rx di piccole dimensioni; carrello per emergenza; piccola sterilizzatrice; etc.

Ambulatorio di ostetricia e ginecologia

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate. La dotazione minima deve essere rappresentata da: lettino ginecologico per visita, ecografo, apparecchio per la rilevazione del BCF, carrello per strumentario.

Ambulatorio di dermatologia

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate. La dotazione minima deve essere rappresentata da: lettino per visite, carrello per medicazione, carrello per strumentario.

¹⁴ DGR 27 gennaio 2015, n. 44; DGR 30 dicembre 2015, n. 2481.

Ambulatorio di oculistica

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate. La dotazione minima deve essere rappresentata da: carrello per strumentario, ottotipo, lampada a fessura, oftalmometro, tonometro, schiascopo a lampada, oftalmoscopio, cassetta lenti, fronti focometro, etc.

Ambulatorio di ortopedia e traumatologia

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate. Deve essere presente un ambiente adiacente all'ambulatorio per il confezionamento dei gessi e delle fasciature. La dotazione minima deve essere in funzione dell'attività che deve essere svolta.

Ambulatorio di urologia

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate. La dotazione minima deve essere in funzione dell'attività che deve essere svolta.

Ambulatorio di otorinolaringoiatria

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate. La dotazione minima deve essere rappresentata da: audiometro con cabina silente e tavolo di comando, poltrona girevole, carrello per strumentario.

Ambulatorio di medicina interna

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate, La dotazione minima deve essere in funzione dell'attività che deve essere svolta.

Ambulatorio di pneumologia

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate. La dotazione minima deve essere rappresentata da: spirometro completo, emogasometro, etc.

Ambulatorio di nefrologia

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate. La dotazione minima deve essere in funzione dell'attività che deve essere svolta.

Ambulatorio di angiologia

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate. La dotazione minima deve essere rappresentata da: ecocolordoppler, carrello strumentario, etc.

Ambulatorio di reumatologia

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate. La dotazione minima deve essere rappresentata da: apparecchiatura per mineralografia ossea computerizzata, etc.

Ambulatorio di geriatria

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate. La dotazione minima deve essere in funzione dell'attività che deve essere svolta (Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze, vulnologia, etc.).

Ambulatorio di neurologia

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate. La dotazione minima deve essere in funzione dell'attività che deve essere svolta.

Ambulatorio di neuropsichiatria infantile

Normativa di riferimento per Accredimento della Struttura

Come previsto dal RR 14/2015 art. 9 come 6 “In materia di qualità e sicurezza strutturale si applicano i contenuti degli atti normativi e delle linee guida nazionali e regionali vigenti in materia di qualità e sicurezza delle strutture” ovvero il RR n. 3/2005 e s.m.i. e in particolare il RR 3 del 5/2/2010 (BURP n. 25 suppl. del 8/2/2010).

Sezione “A” – Requisiti generali

- A.01. REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI.
- A.01.01 POLITICA, OBIETTIVI, ATTIVITA’
- A.01.02 STRUTTURA ORGANIZZATIVA
- A.01.03 GESTIONE RISORSE UMANE
- A.01.04 GESTIONE RISORSE STRUTTURALI
- A.01.05 GESTIONE RISORSE TECNOLOGICHE
- A.01.06 GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA’, LINEE GUIDA E REGOLAMENTI INTERNI.
- A.01.07 SISTEMA INFORMATIVO
- A.01.08 DIRITTI DEI CITTADINI, INFORMAZIONE ALL’UTENZA E CARTA DEI SERVIZI PUBBLICI SANITARI
- A.02. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI.

Sezione “B” – Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi specifici per le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale

B.01	STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	B.01.01	ASSISTENZA SPECIALISTICA
B.01.02	MEDICINA DI LABORATORIO (CENTRO PRELIEVI)		
B.01.03	ATTIVITÀ DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		
B.01.04	DIALISI		
B.01.05	CHIRURGIA AMBULATORIALE		
B.01.07	CARDIOLOGIA		
B.01.09	MEDICINA DELLO SPORT		
B.01.10	ODONTOIATRIA		
B.01.11	CHIRURGIA GENERALE		
B.01.12	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		
B.01.13	DERMATOLOGIA		
B.01.14	OCULISTICA		
B.01.15	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
B.01.16	UROLOGIA		
B.01.17	OTORINOLARINGOIATRIA		
B.01.19	MEDICINA INTERNA		
B.01.20	NEUROFISIOPATOLOGIA		
B.01.22	MALATTIE DELL’APPARATO RESPIRATORIO		
B.01.23	NEFROLOGIA		
B.01.24	ANGIOLOGIA		
B.01.25	REUMATOLOGIA		

NORMATIVA SPECIFICA

Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi specifici per la struttura di P.M.A.¹⁵

ELENCO DEI PRINCIPALI ADEMPIMENTI PER ACCREDITAMENTO STRUTTURE PTA	
❖	DOCUMENTAZIONE DELLA ORGANIZZAZIONE (A.01.01 PUNTO 02)
❖	DOCUMENTAZIONE DEL COORDINAMENTO (A.01.01 PUNTO 03)
❖	DOCUMENTAZIONE DELLA VERIFICA (A.01.01 PUNTO 04)
❖	PIANO DI LAVORO DELLA DIREZIONE (A.01.01 PUNTO 05)
❖	DEFINIZIONE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA (A.01.02 PUNTO 01)
❖	ACCREDITAMENTO DELLE METODICHE (A.01.02 PUNTO 02)
❖	PROCEDURE PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI(A.01.02 PUNTO 03)
❖	MODALITÀ PER LA CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA (A.01.02 PUNTO 04)
❖	PROCEDURE AMMINISTRATIVE (A.01.02 PUNTO 05)
❖	PROCEDURE PER LA GESTIONE DELLE INFORMAZIONI SANITARIE (A.01.02 PUNTO 06)
❖	IDENTIFICAZIONE DEGLI OPERATORI (A.01.02 PUNTO 06)
❖	FABBISOGNO DI PERSONALE (A.01.03 PUNTO 01)
❖	QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE (A.01.03 PUNTO 02)
❖	FORMAZIONE – AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE (A.01.03 PUNTO 03)
❖	INCENTIVAZIONE DEL PERSONALE (A.01.03 PUNTO 04)
❖	PIANO PER LA MANUTENZIONE (A.01.04 PUNTO 01)
❖	PROGRAMMAZIONE DEGLI ACQUISTI DELLE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE (A.01.05 PUNTO 01)
❖	INVENTARIO DELLE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE (A.01.05 PUNTO 03)
❖	PIANO DI MANUTENZIONE DELLE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE (A.01.05 PUNTO 04)
❖	DOCUMENTAZIONE INTERVENTI MANUTENZIONE STRAORDINARIA (A.01.05 PUNTO 05)
❖	PROGRAMMA DI AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE SULL'UTILIZZO DELLE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE (A.01.05 PUNTO 06)
❖	NOMINA RESPONSABILE USO SICURO DELLE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE (A.01.05 PUNTO 07)

¹⁵ Regolamento Regionale 12 febbraio 2014, n. 2 (BURP del 17/2/2014, n. 21)

Day Service

Come è ampiamente riconosciuto in letteratura, nelle patologie croniche i pazienti sono suddivisibili in sub-target a seconda del grado di sviluppo della loro malattia, e normalmente il sub-target più complesso, costituito da circa il 7-8% dei pazienti, è il principale responsabile dell'alta percentuale dei ricoveri e dei costi complessivi della gestione. Si tratta, in altri termini, di quei pazienti con equilibrio precario che, non trovando adeguate risposte a livello territoriale, vanno incontro a frequenti episodi di scompenso di malattia, dai quali scaturiscono i molteplici ricoveri.

Questi pazienti, per la loro complessità, hanno bisogno di una strategia mirata, basata oltre che sulla gestione integrata MMG/PLS-Team specialistico, sul follow-up attivo periodico, multiprofessionale e multidisciplinare, sull'uso di strumenti più consoni a gestire la complessità (case-management, follow-up infermieristico, educazione del paziente e dei caregiver familiari all'autogestione) utilizzati in *setting* che prevedano strutture ad accesso facilitato, team di operatori esperti e dedicati a tali attività, alto livello di integrazione organizzativa ed operativa, erogazione di pacchetti di prestazioni (PAC) in luoghi e tempi concentrati, monitoraggio tramite indicatori di processo e di esito, attivazione di uno specifico sistema informativo in rete.

Il **Day Service Ambulatoriale (DSA) Territoriale**, gestito a livello distrettuale, è lo strumento strategico cardine con il quale il territorio può fornire un significativo contributo alla deospedalizzazione essendo uno strumento idoneo per la gestione dei pazienti cronici a maggiore complessità, per i quali l'usuale risposta monoprofessionale e frammentaria del territorio non è adeguata.

Il **Pacchetto di prestazioni Assistenziali Complesse (PAC)**, che è lo *strumento operativo* del Day Service, non è una mera sommatoria di prestazioni, bensì rappresenta una *formula di offerta* di prestazioni integrate, multiprofessionali e multidisciplinari, più aderenti ai bisogni *"globali e complessi"* dei pazienti e complessivamente più efficaci per il paziente e più economiche per il sistema assistenziale.

Ogni PAC prevede la lista ragionata di prestazioni (previste dal Nomenclatore Regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e pertanto valorizzate) che trovano indicazione nella soluzione dello specifico quesito a cui il Day Service attivato per il paziente dovrà rispondere. Da questa lista il medico della struttura erogante (*case manager*), seleziona gli esami che ritiene utili per rispondere al quesito.

La Regione Puglia ha approvato questo nuovo modello organizzativo assistenziale e con atti successivi ha definito i singoli percorsi diagnostico-terapeutici e le relative tariffe.¹⁶

Nell'ambito di questo setting - modalità assistenziale sono state identificate due differenti tipologie di Day service, prestazioni afferenti alle branche dell'area funzionale della medicina/chirurgia, che di norma, venivano prima eseguite in regime di ricovero ordinario o di Day hospital/surgery e che, garantendo standard sovrapponibili di sicurezza del paziente, possano essere trasferiti in regime ambulatoriale:

- 1) La prima tipologia, interessa prestazioni prevalentemente di tipo chirurgico o afferenti a discipline di tipo chirurgico, denominate **"Prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale" (PAC)**. Trattasi di attività specialistica ambulatoriale programmabile che comporta l'attivazione di interventi chirurgici a media e bassa complessità, poco invasivi, da eseguirsi in sala operatoria, che non richiedono il ricovero in ambiente ospedaliero ma che comunque, richiedono un periodo minimo di osservazione in ambienti protetti;
- 2) La seconda tipologia, denominata **"Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati" (PACC)** è composta da gruppi di prestazioni, ciascuna delle quali inserita nel nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale, che interessano branche di tipo medico.

Sono proprio i PTA di *secondo/terzo livello*, dotati di sala operatoria rispondente ai requisiti previsti dalle normative vigenti in materia, adeguatamente attrezzata e dotata del necessario personale di supporto all'uso dedicato, i luoghi più idonei dove porre in essere le condizioni per la realizzazione di *"Day service"*

¹⁶ DDGGRR n. 35/2009; n. 433/2011; n. 2863/2011; n. 1789/2012; n. 951/2013; n. 1202/2014; n. 2774/2014; n. 2481/2015; n. 135/2016.

chirurgici multidisciplinari”, coordinati da un **dirigente medico** (appartenente a disciplina dell’area di anestesia) all’interno di un circuito integrato ospedale-territorio, per le seguenti motivazioni:

- La normativa vigente sui Day service prevede la conversione in Day Surgery ovvero in ricovero ordinario qualora il medico responsabile lo ritenesse necessario per particolari esigenze cliniche del paziente ovvero per eventuali prevedibili complicanze sempre possibili in campo chirurgico;
- Evitare l’isolamento dell’operatore ovvero la sua autoreferenzialità;
- Tenere quanto più possibile le attività chirurgiche in un circuito virtuoso dipartimentale (Dipartimento trasversale Ospedale-Territorio) anche per evitare inutili e dispendiose duplicazioni di prestazioni in strutture territorialmente contigue.

Ad ogni buon conto, con un siffatto modello organizzativo, i PTA potrebbero diventare unico luogo dove tutte le branche chirurgiche, territoriali ed ospedaliere, in giornate distinte, effettuerebbero prestazioni in **Day Service** con il risultato di decongestionare le sale operatorie degli ospedali che devono essere destinati a ben altri tipi di interventi in termini di complessità e urgenza.

Day Service			
Codice	Descrizione	Tariffa in €	dgr
04.44	Liberazione del tunnel tarsale	1.398,52	2863/2011
08.72	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore	695,78	2863/2011
08.74	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore	695,78	2863/2011
13.70.1	Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo (in occhio fatico)	1.261,60	2863/2011
13.72	Impianto secondario di cristallino artificiale	1.261,60	2863/2011
13.8	Rimozione di cristallino artificiale impiantato	713,60	2863/2011
14.75	Iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche	213,33	2863/2011
53.00.1	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta	1.041,00	2863/2011
53.00.2	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta	1.041,00	2863/2011
53.21.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi diretta o indiretta	1.041,00	2863/2011
53.29.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale	1.041,00	2863/2011
53.41	Riparazione di ernia ombelicale con protesi	1.041,00	2863/2011
53.49.1	Riparazione di ernia ombelicale	1.069,67	2863/2011
77.56	Riparazione di dito a martello/artiglio	1.298,33	2863/2011
80.20	Artroscopia sede non specificata	1.058,43	2863/2011
81.72	Artroplastica dell’articolazione metacarpofalangea e interfalangea senza impianto	1.248,52	2863/2011
81.75	Artroplastica dell’articolazione carpocarpale e carpometacarpale senza impianto	1.248,52	2863/2011
84.01	Amputazione e disarticolazione di dita della mano	1.200,00	2863/2011
84.02	Amputazione e disarticolazione del pollice	1.200,00	2863/2011
84.11	Amputazione e disarticolazione di dita del piede	1.200,00	2863/2011
98.51.1	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo uretrale prima seduta	581,57	2863/2011
98.51.2	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo uretrale per seduta successiva alla prima	386,92	2863/2011
98.51.3	Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica per seduta	386,92	2863/2011
PA.C0.1	Follow-up diabete	101,49	433/2011
PC.A0.1	Intervento di facoemulsione e aspirazione di cataratta ed inserzione di cristallino artificiale intraoculare	750,00	433/2011
PC.A0.2	Intervento di liberazione tunnel carpale	650,00	433/2011
PCB 14	PACC “Ipertensione arteriosa I livello”	158,00	2481/2015
PCB 15	PACC “Ipertensione arteriosa II livello”	470,00	2481/2015
PCB 16	Day Service “CYBERKNIFE” – n. 1 (una) seduta	2.866,15	135/2016
PCB 17	Day Service “CYBERKNIFE” – fino a n. 3 (tre) sedute	5.120,15	135/2016
PCB 18	Day Service “CYBERKNIFE” – fino a n. 5 (cinque) sedute	7.374,15	135/2016

Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)

Il CDCD¹⁷ rappresenta il luogo della presa in carico globale del soggetto con diagnosi di disturbo cognitivo/demenza e della sua famiglia e assicura la presa in carico tempestiva dei soggetti inviati dal MMG, dalle unità operative e dai servizi ospedalieri e distrettuali, e garantisce la continuità assistenziale fino alle fasi avanzate della malattia.

Il CDCD opera in stretta collaborazione con il Distretto di appartenenza, partecipando alle attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), sia nella fase di valutazione ed elaborazione del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), che nella fase di monitoraggio e rivalutazione del caso; supporta le unità operative e le équipes territoriali dei distretti per la presa in carico, anche attraverso prestazioni di consulenza; collabora con le unità operative ospedaliere per le dimissioni protette e programmate.

Il CDCD ha il compito di valutare e monitorare l'andamento della malattia nei pazienti seguiti in programmi di assistenza domiciliare (ADP, ADI), residenziale o semiresidenziale, rappresentando un riferimento costante per i MMG nell'intero percorso di cura e controllando, di concerto con l'UVM, l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi nei diversi setting assistenziali, in funzione dell'evoluzione della malattia e dei bisogni espressi dai pazienti e dalle loro famiglie.

Pertanto il CDCD svolge, in modo diretto o in collegamento funzionale con i servizi distrettuali e territoriali, i seguenti compiti e funzioni:

- accertamento della diagnosi, valutazione neuropsicologica, funzionale e comportamentale;
- prescrizione del trattamento farmacologico (per i disturbi cognitivi e per il controllo dei disturbi comportamentali);
- indicazione ai trattamenti non farmacologici psico-socio-educativi (riabilitazione cognitivo-comportamentale, interventi di riattivazione cognitiva, terapia di orientamento alla realtà, terapia occupazionale ecc.);
- follow-up per il monitoraggio dei trattamenti suddetti, in relazione all'evoluzione dei disturbi cognitivi e comportamentali;
- eventuale invio ad altro CDCD/UVA (universitario, ospedaliero, IRCCS) per esami complessi (dosaggio della proteina A β ₄₂ amiloide e della proteina Tau nel liquor; FDG-PET; PET con traccianti per la A β ₄₂ amiloide; supporto per la diagnosi differenziale, soprattutto delle forme rare o ad esordio precoce);
- attività informativa, di counseling e di sostegno psicologico per i familiari;
- valutazione con rilascio di certificazioni per il riconoscimento dell'invalidità, dell'indennità di accompagnamento o di altri benefit economici (ad es. assegno di cura); indicazioni per l'eventuale individuazione dell'amministratore di sostegno;
- prescrizione di presidi ed ausili protesici;
- proposta di accesso ai servizi assistenziali socio-sanitari, indirizzate alla PUA (Assistenza Domiciliare Integrata, Centro Diurno Demenze, Nucleo Alzheimer in RSA, moduli ordinari della RSA, RSSA, Unità di Riabilitazione Alzheimer);
- partecipazione alle attività dell'UVM, per la valutazione cognitivo-comportamentale e funzionale (SVaMA, SVaMDi), per l'elaborazione del PAI e per le verifiche dell'andamento del piano assistenziale;
- compilazione e conservazione delle cartelle cliniche dei pazienti;
- alimentazione dei flussi informativi secondo i protocolli stabiliti dalla Regione; invio dei dati all'osservatorio epidemiologico.

¹⁷ Provvedimento 30 ottobre 2014 della Presidenza del Consiglio dei Ministri in Conferenza Unificata "Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2 lett. C) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento recante: Piano nazionale demenze – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze"

Il CDCD si avvale - di norma - di una équipe dotata delle seguenti figure professionali, che possono costituire l'organico stabile ovvero essere garantite in modo funzionale dai servizi distrettuali e territoriali:

- medico specialista geriatra/neurologo/psichiatra, con specifica competenza nel campo delle demenze;
- psicologo clinico, con specifica competenza neuropsicologica;
- assistente sociale;
- infermiere, con specifica competenza nel campo delle demenze;
- terapeuta della riabilitazione/terapeuta occupazionale.

Il CDCD opera, insieme agli altri servizi della rete socio-sanitaria, in collaborazione con le Associazioni di volontariato impegnate nel settore e con le altre iniziative sul territorio di provata efficacia (Caffè Alzheimer, Meeting Center ecc.).

Riabilitazione

Allo stato attuale i trattamenti riabilitativi erogati sono quelli previsti dal vigente DPCM di definizione dei Livelli essenziali di assistenza, nelle modalità previste nelle fasi di:

- riabilitazione intensiva;
- riabilitazione intensiva ad alta specializzazione;
- assistenza ospedaliera in ricovero ordinario o diurno (Day Hospital);
- riabilitazione estensiva;
- Day Service;
- assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno;
- assistenza ambulatoriale;
- assistenza domiciliare.

La presenza di una rendicontazione e conseguente tariffazione basata sulle giornate di degenza o dei codici per le prestazioni specialistiche e non, al contrario, fondate sul reale utilizzo delle risorse assegnate e quindi su codici di disabilità, rappresenta il limite per cui è impedita una completa e precoce presa in carico globale della persona.

Già la legge n. 104/1992 imponeva un modello di accertamento attivo delle abilità presenti nella persona con disabilità e non soltanto la valutazione della menomazione. Da qui la necessità di porre al centro del sistema il cittadino con disabilità e la sua famiglia nella loro interazione con l'ambiente sociale e con le istituzioni. Lo strumento principale per concretizzare questa impostazione unitaria è il "*percorso assistenziale integrato*" basato sulla valutazione multidimensionale sanitaria e sociale.

Quindi compito dell'intervento riabilitativo è definire la "persona", per poi realizzare tutti gli interventi sanitari necessari a far raggiungere alla persona stessa, nell'ottica del reale *empowerment*, le condizioni di massimo livello possibile di funzionamento e partecipazione, in relazione alla propria volontà ed al contesto.

Per definire correttamente il grado di necessità della persona da riabilitare, si possono individuare tre dimensioni che opportunamente combinate permettono di allocare la persona, indipendentemente dalla patologia principale che ha creato disabilità (sia essa cardiaca, respiratoria, neurologica, metabolica, oncologica, etc.), in setting più appropriati in relazione alla fase del percorso di cura con impiego di risorse.

- **Complessità clinica:** *assessment* e stratificazione dell'alto rischio clinico. La complessità clinica si correla all'insieme della complessità diagnostica, assistenziale, organizzativa e dei differenti interventi terapeutici proporzionalmente graduati per complessità e per consumo di risorse.
- **Disabilità:** perdita delle capacità funzionali nell'ambito delle attività fisiche, motorie, cognitive, comportamentali che nella più attuale concezione bio-psico-sociale impattano con i fattori ambientali riducendo il livello di partecipazione dell'individuo allo svolgimento delle attività della vita quotidiana e di relazione: essa viene usualmente misurata con scale di disabilità sia di tipo biopsicometrico sia funzionali che indagano la possibilità di eseguire le diverse attività e che consentono il monitoraggio dell'evoluzione del quadro funzionale nel tempo.
- **Multimorbilità:** insieme di patologie e condizioni classificate secondo scale a punteggi crescenti. Tali comorbilità possono rappresentare un mero elenco per una stratificazione prognostica più accurata o attivi cofattori che influenzano la clinica, il trattamento e la prognosi.

Tutto ciò diventa necessariamente più complesso se al malato affetto da multimorbilità si associa anche la fragilità derivante dall'età molto avanzata, in quanto sottoposto a trattamenti farmacologici complessi, frequentemente clinicamente instabile, a volte incontinente, con problemi nutrizionali, spesso affetto da degrado cognitivo o demenza, da sarcopenia, da osteoporosi, a aumentato rischio di cadute, etc. Tutte cause che aumentano il rischio di perdita o peggioramento della autonomia, legate, inoltre, allo stato sociale ed al contesto familiare.

L'approccio convenzionale a questa tipologia di paziente può risultare incompleto o inappropriato a causa di modelli organizzativi gestionali non centrati sulla persona ma sulla patologia, determinando discontinuità assistenziale.

Le diversificate tipologie di *setting* assistenziali possibili, sono rappresentate da un non sempre presente percorso in strutture di ricovero e cura, ospedaliere od extraospedaliere accreditate, in quanto caratterizzate da interventi sanitari di riabilitazione che richiedono un elevato impegno assistenziale, che rappresenta, di norma, una minima parte riguardo a quello che è, di fatto, il lungo percorso extraospedaliero e territoriale in genere (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare) di "*presa in carico della persona*" ed in cui la componente sanitaria si intreccia con quelli che sono i bisogni socio assistenziali della persona.

Ambulatorio: bisogna differenziare due ben distinte tipologie di utenti definite in base a differenziati bisogni e livelli di intervento riabilitativo indipendentemente dalla fascia di età di appartenenza:

- Caso complesso: utenti affetti da menomazioni e/o disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti, o con malattia rara/grave/complessa elevato grado di disabilità nelle ADL che richiedono un team multiprofessionale (almeno 3 tipologie di professionisti della riabilitazione, compreso il medico specialista in riabilitazione) che effettui una presa in carico omnicomprensiva nel lungo termine mediante un Progetto Riabilitativo Individuale che preveda molteplici programmi terapeutici.
- Caso non complesso: utenti affetti da menomazioni e/o disabilità di qualsiasi origine che, sulla base di un Progetto Riabilitativo Individuale, necessitano di un solo programma terapeutico riabilitativo erogato da un'unica tipologia di professionista della riabilitazione che, di norma, richiedono una presa in carico ridotta nel tempo.

Domicilio: la restituzione della persona al proprio ambiente di vita è l'obiettivo principale del percorso riabilitativo verso il quale devono convergere tutti gli interventi pianificati dal progetto riabilitativo individuale, rappresentando il terreno di massima cooperazione con il MMG/PLS.

Da qui la necessaria visione organica e integrata tra sistema sanitario e sociale in cui il Piano Riabilitativo Individualizzato (PRI) deve divenire parte integrante di un unico e più completo **Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)** elaborato in seno all'Unità di Valutazione Multidimensionale del Distretto Socio Sanitario,¹⁸ attraverso gli strumenti di rilevazione del bisogno già individuati dalla Regione Puglia ed oramai consolidati (SVaMA, SVaMDi),¹⁹ sia per la presa in carico delle dimissioni protette garantendo una reale continuità fra ospedale e territorio, che per una valutazione connessa ad una continuità assistenziale in regime residenziale, semiresidenziale e domiciliare, nonché al bisogno di assistenza integrativa e protesica.

Pertanto, per sviluppare al meglio le potenzialità di salute della persona in una presa in carico globale e unitaria, che permetta la tempestività della presa in cura fin dalla fase acuta, la riabilitazione, storicamente considerata il terzo elemento del percorso sanitario insieme alla prevenzione e alla terapia, non può che essere parte integrante andando a rappresentare un'articolazione nell'ambito dell'organizzazione del Distretto Socio Sanitario, la cui gestione complessiva deve essere affidata ad un **Dirigente medico**, (afferente all'area della medicina fisica e riabilitazione), con il compito di coordinare le attività erogate e di curare le interfacce con gli altri Dipartimenti e Servizi.

Parimenti, deve essere prevista una figura di **coordinamento** degli **operatori della riabilitazione** al fine di omogeneizzare e semplificare le procedure di accesso alle prestazioni ed ai servizi riabilitativi territoriali, sia ambulatoriali che domiciliari nonché promuovere l'integrazione ospedale-territorio attraverso una rapida presa in carico riabilitativa nelle dimissioni protette.

¹⁸ DGR 12 aprile 2011, n. 691 "Del. G.R. n. 1984 del 28 ottobre 2008 "Linee guida regionali per la non Autosufficienza" e L.R. n. 2/2010 - art. 4 comma 6. Approvazione Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari".

¹⁹ DGR 12 dicembre 2011, n. 2814 "Approvazione Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane (S.Va.M.A.) e delle persone disabili (S.Va.M.Di) e Modello di Piano di Assistenza Individuale".

Ambulatorio di medicina fisica e riabilitazione

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni da erogare. Il loro numero e la loro dimensione devono garantire la adeguatezza delle prestazioni in rapporto al bacino di utenza. Devono comunque essere previsti i seguenti requisiti minimi:

- locali per l'effettuazione di prestazioni sia individuali che di gruppo per lo svolgimento di attività specifiche in rapporto alle differenti prestazioni erogate nel presidio;
- box (o stanze di dimensioni contenute) per attività di terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari;
- palestra di dimensioni minime pari a 25 mq per un numero di utenti pari a 4 per ora (per ogni utente in più trattato per ora devono essere aggiunti 5 mq);
- spogliatoio e servizi igienici.

Per lo svolgimento di attività di ergoterapia o terapia occupazionale, devono essere previsti almeno 2 mq per paziente in trattamento, più i locali accessori.

La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente alle diverse tipologie di attività e volume di prestazioni erogate, assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace, efficiente.

In particolare devono essere assicurate:

- Attrezzature, risorse tecnologiche e presidi necessari allo svolgimento delle varie tipologie di prestazioni erogate per attività individuali e/o di gruppo;
- Attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale di supporto e complemento all'esercizio terapeutico;
- Carrello per la gestione dell'emergenza con la dotazione necessaria per la rianimazione cardiopolmonare.

I **box** (o stanze di dimensioni contenute) per attività di terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari devono garantire la privacy ed essere dotate di: lettino largo tipo massaggio e/o poltroncine

La **palestra** deve essere dotata di: parallele per la deambulazione; piano inclinato; spalliera; scalette; tappeti per esercizi; pesi; cyclettes

Attrezzatura per elettroterapia, termoterapia, ultrasuonoterapia, massoterapia.

Il **personale sanitario laureato e/o tecnico** deve essere adeguato alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.

Ambulatorio di recupero e rieducazione funzionale

Le attività di Recupero e Riabilitazione funzionale sono finalizzate a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni o lesionali, prevenendo le menomazioni secondarie e curando la disabilità, per contenere o evitare l'handicap e consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita e l'inserimento psico-sociale, attraverso un processo che rispetta tutti i passaggi/interventi necessari per un compiuto intervento sanitario e per il successivo passaggio alla fase sociale della riabilitazione.

Le prestazioni ambulatoriali erogate da questi ambulatori di recupero e riabilitazione funzionale si differenziano dalle attività ambulatoriali specialistiche di medicina fisica e riabilitazione erogati negli ambulatori specialistici per la presa in carico multidisciplinare del paziente e la definizione ed esecuzione di un progetto riabilitativo individuale.

La struttura garantisce sempre la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti i possibili utenti affetti dalle diverse tipologie di disabilità; è indispensabile la completa assenza di barriere architettoniche che limitino l'accesso o gli spostamenti dentro la struttura e l'utilizzo sicuro dei vari spazi e servizi, garantendo la privacy degli utenti.

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. Devono comunque essere previsti i seguenti requisiti:

- aree attrezzate per attività di gruppo (palestre), per attività statiche e dinamiche; le palestre devono essere di dimensioni minime pari a 25 mq per un numero di utenti pari a 2 per ora (per ogni utente in più trattato per ora devono essere aggiunti 5 mq);
- aree attrezzate per attività individuali (motorie, respiratorie, neuropsicologiche, ecc.);
- box (o stanze di dimensioni contenute) per attività di massoterapia, terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari;
- area attrezzata per il trattamento, qualora previsto, dei disturbi comunicativi / integrativi;
- ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni cliniche diagnostico-prognostiche attinenti alle patologie trattate;
- servizi igienici per disabili; i servizi igienici per gli utenti devono essere distinti da quelli per il personale; il servizio per gli utenti deve essere limitrofo alla sala d'attesa;
- servizi igienici e spogliatoi per gli operatori;
- spogliatoi per i pazienti;
- spazi per l'attesa, accettazione, attività amministrative, attività di segreteria ed archivio, adeguati alle patologie e al volume di attività previste. Lo spazio per l'attesa deve essere dotato di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi.
- spazio/locali separati per deposito materiale pulito e sporco;
- spazio/armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni.

La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza ed alle diverse tipologie di attività assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente. In funzione degli obiettivi della struttura e della tipologia dell'utenza devono essere presenti:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa;
- presidi necessari e risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione;
- attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di rieducazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;
- attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale di supporto e complemento all'esercizio terapeutico;
- attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardio-polmonare.

Le attività di recupero e riabilitazione funzionale sono caratterizzate da modalità di lavoro di gruppo, in maniera tale da garantire le prestazioni in forma coordinata ed integrata. Si deve garantire la globale presa in carico per tutto l'iter terapeutico previsto; la dotazione organica del personale è rapportata alla tipologia della struttura ed al volume delle prestazioni rese e, comunque, devono essere garantiti:

- un medico responsabile (fisiatra, etc.), presente durante l'erogazione delle prestazioni;
- consulenza di medici con specializzazione nelle discipline coinvolte nel progetto riabilitativo, durante l'erogazione delle specifiche attività;
- tecnici della riabilitazione (fisioterapisti, logopedisti, etc.) in possesso dei requisiti necessari per lo svolgimento della specifica attività, per l'intero orario di apertura;
- assistenza infermieristica, in relazione alle necessità del paziente, durante l'orario di accesso alle prestazioni;
- assistenza tecnico assistenziale (OSS, ASS, etc.), in relazione alle necessità del paziente, durante l'orario di accesso alle prestazioni;
- la disponibilità, ove richiesta dal progetto riabilitativo, di competenze psicologiche e pedagogiche in rapporto alla tipologia dei trattamenti effettuati.

Strutture di degenza territoriale

Di seguito vengo sommariamente descritte quelle che sono le principali Strutture di degenza territoriale che potrebbero trovare allocazione in un PTA, come previsto dal piano di riordino ospedaliero.²⁰

Ospedale di Comunità (O.C.)

È una struttura sanitaria di degenza territoriale afferente al Distretto Socio Sanitario che troverebbe la sua giusta allocazione nei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), nella competenza del Dirigente medico responsabile del PTA, ed il cui responsabile del processo assistenziale è il Medico di Medicina Generale.

Garantisce l'assistenza in regime residenziale di natura medico-infermieristica a quei soggetti che, spesso appartenenti alle fasce più deboli della popolazione (anziani, fragili), sono affetti da riacutizzazione di patologie croniche che non necessitano di alta intensità di cure o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica che sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio.

L'Ospedale di Comunità, favorisce l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, e valorizza il ruolo del Medico di Medicina Generale e degli altri professionisti che operano nell'area delle cure primarie e intermedie. Tale ambito assistenziale si colloca a pieno titolo nella rete dei servizi territoriali ed è da considerarsi quale **domicilio allargato**.

La tipologia di assistenza erogata possiede, pertanto, caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero e le altre risposte assistenziali domiciliari (ADI) o residenziali (RSA), alle quali non si pone in alternativa, ma piuttosto in un rapporto di forte integrazione e collaborazione, rappresentando uno snodo fondamentale della rete di assistenza territoriale. All'interno di queste strutture dovrebbero dunque svolgersi, in forma integrata anche con i servizi sociali, le attività di assistenza domiciliare, le funzioni specialistiche territoriali e le attività di promozione della salute/prevenzione.

Pertanto gli obiettivi sono rappresentati da:

- tentare di ridurre i tempi e/o l'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri fornendo un'alternativa di cura e assistenza, *“prevenire le complicanze e favorire il recupero dell'autonomia”*.
- *“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”.

I *“candidati”* sono quei pazienti che, superata la fase acuta della malattia, risultano stabilizzati clinicamente, necessitano ancora di una fase di osservazione e continuità terapeutica e riabilitativa. La premessa principale è il recupero funzionale, con l'obiettivo principale di riportare il paziente al domicilio o in strutture territoriali cercando di evitare un re-ricovero a breve distanza di tempo.

Non è pertanto né una lungodegenza, né accoglie pazienti cronici. Non è adatta a pazienti con demenza di grado avanzato o deficit cognitivi gravi. Per evitare l'inefficienza della struttura e per non perdere la specifica funzione di *“turnover”* tra le strutture sanitarie complesse e il territorio, non deve essere consentita la permanenza oltre i tempi stabiliti.

Garantisce l'assistenza nelle 24 ore, a gestione infermieristica (*con turni h 24*) e assistenza medica prestata da Medici di medicina generale.

²⁰ Regolamento Regionale 4 giugno 2015, n. 14 “Regolamento per la definizione dei criteri per il riordino della rete Ospedaliera della Regione Puglia e dei modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera in applicazione dell'Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 – Patto per la Salute 2014-2016”

Nelle ore di non presenza del Medico di medicina generale, è garantita la Continuità Assistenziale del Distretto competente territorialmente le cui prestazioni saranno remunerate a parte con la modalità delle "prestazioni aggiuntive ADI".

Per tutte le altre prestazioni necessarie (consulenze specialistiche, attività di diagnostica, etc.) saranno fornite all'interno del PTA attraverso percorsi preferenziali.

Aspetti strutturali, tecnologici e organizzativi

Oltre a quanto previsto dalle normative vigenti in tema di accreditamento delle strutture sanitarie,²¹ nella struttura devono essere previsti una serie di spazi (soggiorno/TV, spazio collettivo per mensa, lettura, tempo libero, etc.) utili non solo per la socializzazione ed il confort ma anche per facilitare la presenza dei familiari, utili e fondamentali nel percorso assistenziale.

Inoltre, anche i seguenti requisiti minimi tecnologici-sanitari:

- palestra per riabilitazione;
- letti speciali con schienali reclinabili e barre di protezione anti caduta;
- materassi e cuscini antidecubito;
- carrozzelle, girelli, sollevatore ortopedico;
- carrello terapia e carrello medicazioni avanzate con strumentario chirurgico;
- elettrocardiografo, saturimetro, glucometro;
- carrello per la gestione delle emergenze completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale;
- monitor multiparametrico con carrello.

L'Ospedale di Comunità è parte integrante della rete dei servizi territoriali ed è posto sotto la responsabilità del Direttore delle Cure Primarie e le funzioni di Direzione Sanitaria sono svolte dal **Medico responsabile del PTA**, che si avvale della collaborazione del **coordinatore infermieristico** del reparto a cui è affidata la gestione della struttura, la cui figura professionale deve essere prevista per il buon funzionamento della struttura stessa.

La responsabilità clinica del paziente è affidata al Medico di medicina generale e/o Continuità Assistenziale mentre la responsabilità del piano assistenziale è a carico del personale infermieristico, che gestisce direttamente il paziente, fornendo prestazioni di differente peso assistenziale in tutte le fasce orarie. In questo specifico contesto assistenziale l'infermiere è chiamato quindi a svolgere una funzione di "*case management*", particolarmente strategica per l'impianto dell'Ospedale di Comunità.

Il ricovero nell'Ospedale di Comunità è proposto dal Medico di Medicina Generale al Dirigente medico responsabile del PTA, che ne verifica l'appropriatezza sulla base dei criteri di ammissione corrispondenti a specifiche esigenze assistenziali.

La durata massima dei ricoveri è determinata in 30 giorni. Per casi particolari (terapia palliativa, necessità di un prolungamento della fase riabilitativa per evitare attivazione ADI domiciliare), il prolungamento deve essere autorizzato dal Direttore delle cure primarie o da responsabile suo delegato.

Unità di Cure Residenziali Intensive (RSA R1)

Le **RSA R1** erogano prestazioni a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi ad elevata integrazione sanitaria, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: *stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc.*), in fase di stabilizzazione clinica, che abbiano completato i

²¹ RR n. 3/2005 e s.m.i. "Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie".

necessari precedenti protocolli riabilitativi ma per problematiche sociali e/o tecnico-organizzative non possono essere assistiti a domicilio.

I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, assistenza farmaceutica ed accertamenti diagnostici.

L'attività di assistenza a questi soggetti è caratterizzata da:

- **attività di nursing con fisioterapia** al mantenimento delle condizioni già raggiunte all'interno delle UU.OO. ospedaliere e di riabilitazione di provenienza nonché alla prevenzione di ulteriori complicanze da patologie sovrapposte;
- continua sorveglianza medica adeguata allo "status" di ogni singolo paziente da parte di staff medico-specialistico;
- programmazione concordata con l'équipe medico-specialistica, dell'intervento guidato e della collaborazione dei parenti in tutte quelle attività che, con stimoli familiari al paziente, mirino a risvegliare una coscienza reattiva all'ambiente esterno e/o sostengano l'ospite nelle relazioni e nella comunicazione.

L'accesso dei pazienti, che possono provenire dal domicilio, da struttura ospedaliera per acuti, da struttura di post-acuzie o dagli ospedali di comunità, viene garantito sulla base di criteri oggettivi di valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali specifici.

Le *prestazioni residenziali* avranno una durata strettamente connessa al perdurare delle condizioni di bisogno e di appropriatezza dell'erogazione: la valutazione periodica dell'ospite costituisce il parametro per valutare la proroga del trattamento in quello specifico livello assistenziale.

In particolare, per i medici e le figure professionali destinate all'assistenza diretta per i diversi livelli prestazionali dovranno essere garantiti i seguenti standard assistenziali giornalieri:

- Presenza del medico a copertura delle 24h;
- Presenza Infermieristica a copertura delle 24h;
- Assistenza globale dedicata : *OTA, OSS, Terapista della riabilitazione, Infermiere, ecc..*

La natura dei bisogni assistenziali, prevalentemente incentrati su interventi infermieristici che vanno dalla gestione dei supporti vitali al controllo e monitoraggio di condizioni cliniche di per se croniche, evolutive e a forte rischio di instabilità oltre a necessità di mobilitazione e di cura della persona, connota il numero e la tipologia delle figure professionali coinvolte nell'assistenza.

Data la peculiarità dei pazienti ospiti e dei livelli di assistenza da garantire, oltre ai requisiti strutturali di tipo generale previsti dalle normative vigenti in materia, devono essere presenti anche:

- almeno due posti letto dotati di monitoraggio delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica che possono necessitare per i pazienti di recente trasferiti dalle terapie intensive o per possibili aggravamenti improvvisi;
- un bagno assistito per immersione totale in posizione supina;
- una sala medicazione, attrezzata anche per la piccola chirurgia, dotata di scialitica e stativo.

Inoltre, anche le seguenti apparecchiature elettromedicali in aggiunta a quelle di carattere generale:

- apparecchi per aerosolterapia;
- apparecchi per saturimetria transcutanea;
- broncoaspiratori;
- sollevatori con diversi tipi di imbracature;
- un pesapersone per disabili.

A titolo esemplificativo si riporta una **tabella con indicato il personale minimo dedicato all'assistenza** in rapporto al numero dei posti letto:

PERSONALE			
	Min/die persona	Personale minimo	POSTI LETTO Fino a 10
MEDICO	30,00	1,00	1,00
PERSONALE DELLA RIAMILITAZIONE	50,00	2,00	2,00
PERSONALE INFERMIERISTICO	148,00	6,00	6,00
OPERATORE SOCIO SANITARIO	148,00	6,00	6,00
Totale complessivo			15,00

Inoltre l'attività medica dovrà essere obbligatoriamente integrata con l'accesso costante e programmato di fisiatra, anestesista-rianimatore, neurologo. Dovranno essere anche garantite le consulenze e gli eventuali trattamenti specialistici che si rendessero necessari durante l'ospitalità.

Per la gestione delle RSA R1 le Aziende Sanitarie Locali adottano soluzioni gestionali efficienti sul piano tecnico ed economico, anche con la definizione di un rapporto pubblico-privato innovativo e coerente con le attuali normative²², nonché con la normativa vigente in materia di gestione di servizi pubblici.

Centro Risvegli (C.R.)

Negli ultimi decenni a seguito di gravi cerebrolesioni acquisite, con incidenza e prevalenza di particolare rilievo, è emersa una nuova popolazione di pazienti, con quadri clinici complessi dominati da gravi alterazioni dello stato di coscienza che includono il *coma*, lo *stato vegetativo* (SV) e lo *stato di minima coscienza* (SMC), che sono in progressivo aumento, anche in virtù dei progressi della medicina dell'Emergenza-Urgenza.

Le suddette tre condizioni cliniche implicano un'alterazione della consapevolezza del sé e dell'ambiente, ma hanno differenze cliniche che influenzano le decisioni diagnostico-terapeutiche, la prognosi, il trattamento, il coinvolgimento delle famiglie ed i costi della gestione globale.

Un soggetto colpito da grave cerebrolesione acquisita subisce una grave destrutturazione delle funzioni cerebrali che, nel suo aspetto più rilevante, si traduce in uno stato di coma. Se non sopravviene la morte, nell'arco di ore, giorni o, al massimo, di 3-6 settimane, nel paziente si verifica un progressivo recupero delle funzioni autonome con "apertura degli occhi" senza ricomparsa dello stato di coscienza, lasciandolo in quel quadro clinico definito "*stato vegetativo*".

L'apertura degli occhi e la ripresa di un ritmo sonno-veglia senza manifestazioni di attività cosciente, l'assenza di deglutizione che impone la nutrizione artificiale, la presenza di cannula endotracheale, la necessaria gestione delle comorbidità premorbide o secondarie alla fase intensiva, il controllo del quadro neurologico, delle posture patologiche in decorticazione/decerebrazione, della spasticità grave resistente ai comuni trattamenti anti-spastici, della disautonomia vegetativa con crisi di sudorazione profusa, tachicardia, tachipnea, ipertensione/ipotensione arteriosa e delle ulteriori eventuali complicazioni, la necessità di un attento e costante nursing, giustificano il rifiuto del ricovero di questi soggetti in reparti di riabilitazione non dotati di setting assistenziali e dell'expertise adeguati alla complessità di un paziente ancora instabile con conseguente ingiustificata, protratta e costosa permanenza in Rianimazione.

Va sottolineata la facilità con cui le complicanze possono instaurarsi e autoalimentarsi, a circolo vizioso, in un paziente così "fragile", in cui la grave alterazione dello stato di coscienza e/o la stessa protratta immobilità sono fonte di "disastri clinici" spesso irreparabili.

Già da tempo è stato dimostrato che i pazienti trattati in **reparti dedicati** hanno una minor incidenza di mortalità e una miglior prognosi rispetto a quelli trattati in reparti non dedicati.

²² Art. 9-bis del D.lgs. n. 502/1992 modificato dall'art. 10 del D.lgs. n. 229/1999.

La Regione Puglia con atto apposito,²³ a cui si rimanda per maggiori approfondimenti, ha già normato tutto il percorso di presa in carico di questi pazienti nonché l'aspetto delle caratteristiche strutturali, tecniche ed organizzative delle strutture correlate.

Hospice

E' un servizio di tipo residenziale per l'assistenza in ricovero temporaneo di pazienti affetti da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata e, in special modo, per pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di assistenza palliativa e di supporto.

La tipologia strutturale adottata deve garantire il rispetto della dignità del paziente e dei suoi familiari mediante una articolazione spaziale utile a creare condizioni di vita simili a quelle godute dal paziente presso il proprio domicilio. Deve essere permessa la personalizzazione delle stanze.

L'articolazione funzionale dovrà includere le seguenti principali aree:²⁴

- a) area destinata alla residenzialità:
 - le camere, singole, devono essere dotate di adeguati arredi e di servizio igienico, e consentire la permanenza (notturna) di un accompagnatore nonché lo svolgimento di interventi medici;
 - cucina-tisaneria;
 - deposito biancheria pulita;
 - deposito attrezzature, carrozzine e materiale di consumo;
 - ambulatorio mediche;
 - soggiorno polivalente o spazi equivalenti anche divisi in ambiti da destinare a diverse attività (ristorazione, conversazione, lettura, etc.);
 - deposito biancheria sporca;
- b) area destinata alla valutazione e alle terapie:
 - locali e attrezzature per terapie antalgiche e prestazioni ambulatoriali;
 - locale per la preparazione e manipolazione dei farmaci e preparazioni nutrizionali;
 - locale per i colloqui con il personale (psicologo, assistente sociale, etc.);
- c) area generale di supporto:
 - ingresso con portineria e telefono e spazio per le relazioni con il pubblico;
 - locale per riunioni d'equipe.

L'equipe multiprofessionale deve essere adeguato per numero e tipologia alla dimensione della struttura ed è costituita da:

- medici
- psicologi
- infermieri
- operatori tecnici dell'assistenza e/o operatori sociosanitari
- terapisti della riabilitazione
- assistenti sociali
- altre figure professionali individuate in base alle esigenze specifiche.

Deve essere individuato un **responsabile sanitario della struttura** che deve essere un medico con comprovata esperienza in materia di "medicina palliativa" e "terapia del dolore" (in possesso dei requisiti di cui alla Legge 38/2010).

²³ RR 2 novembre 2011, n. 24 "Modello assistenziale riabilitativo e di presa in carico dei soggetti in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza – Fabbisogno territoriale e requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione ed accreditamento delle strutture di riabilitazione extraospedaliera - Centro Risvegli".

²⁴ DPCM 20 gennaio 2000.

Per ogni singolo paziente deve essere redatto un progetto assistenziale, con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle condizioni cliniche, da parte dell'equipe multiprofessionale.

Il centro garantisce adeguato sostegno sia spirituale che psicologico ai pazienti e ai relativi familiari.