

Bollettino Ufficiale della Regione Toscana

Risultati della ricerca

<!--## < % tag dentro tag test --> **Consiglio Regionale - Deliberazioni n 000384 del 25/11/1997 (Boll. n 1 del 07/01/1998, parte Seconda)**
CONSIGLIO REGIONALE

Sperimentazione nuovi modelli organizzativi. Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie.

Il Presidente mette in approvazione la seguente proposta di deliberazione:

IL CONSIGLIO REGIONALE

Considerato che la molteplicità delle esigenze in una società in mutamento richiede una grande flessibilità delle strutture sanitarie e nel contempo una specializzazione e differenziazione dell'offerta di servizi e prestazioni per soddisfare i bisogni dei cittadini;

Constatato che il presidio ospedaliero si caratterizza sempre più come struttura di cure ad alta intensità di assistenza sanitaria, che impiega tecnologie costose e che offre prestazioni specialistiche e diagnostiche sempre più sofisticate in una vasta gamma di modalità (ricoveri ordinari, day hospital, day surgery, ospedalizzazione domiciliare, ambulatoriale, ecc.);

Constatato che il territorio toscano si caratterizza per una pluralità di presidi quali: poliambulatori, distretti, Rsa che offrono prestazioni specialistiche e di assistenza alla persona, e servizi sperimentali che tentano di soddisfare alcuni bisogni sanitari e sociali (anziani, non autosufficienti anche temporaneamente, malati terminali) a cui altri sistemi sanitari (Francia, Inghilterra) hanno risposto con modelli organizzativi (hotel medical, hospice) consolidati;

Preso atto che nella parte prima del Piano sanitario regionale 1996-98 al punto 4.1 si inserisce come obiettivo prioritario del triennio l'integrazione tra servizi territoriali ed ospedali e che tale obiettivo può essere raggiunto attraverso la formalizzazione di procedure di raccordo, operatori di diverse u.o collaboranti per progetti comuni, piccole strutture modulari facilmente riconvertibili a vari usi;

Preso atto che nel Piano sanitario regionale:

- al punto 2.4.7 della parte IV si indica il "presidio sanitario polifunzionale" come "sede di varie funzioni" quali, fra le altre, le attività di foresteria, quelle connesse con l'accettazione programmata e la dimissione protetta ospedaliera; quelle di supporto agli interventi per le cure palliative domiciliari, nonché le attività sanitarie residenziali sostitutive delle medesime per soggetti non assistibili a domicilio; le attività diagnostiche assicurabili direttamente o attraverso dispositivi di tele Diagnostica;
- al punto 11.4.2 La lotta contro i tumori e l'assistenza oncologica, si parla di "ospedalizzazione domiciliare" e di "hospice";

Ritenuto necessario delineare alcuni modelli organizzativi che

possono essere: sia un modo di operare nuovo interno a strutture già consolidate sia un riuso di strutture esistenti, riqualificate come uso degli spazi, procedure e modelli di relazioni fra il personale e nel rapporto con gli utenti (vedi allegato 1 alla presente delibera);

Considerato opportuno che tali modelli organizzativi siano correlati ai bisogni da cui nascono e che i minimi requisiti organizzativi, siano adattati da ciascuna azienda sanitaria alla propria realtà;

Ritenuto necessario verificare sperimentalmente tali modelli in un monitoraggio costante con le aziende sanitarie che li attueranno in modo che per il prossimo piano sanitario siano realtà da potersi più pienamente proporre per tutto il territorio toscano;

Considerato quindi necessario che le aziende sanitarie interessate inviino alla Giunta regionale richiesta di autorizzazione di tali sperimentazioni con un programma organico di attività e di previsione di costi e con apposito regolamento che per ciascuna tipologia organizzativa individui: la collocazione e la funzionalità della medesima, la tipologia degli utenti, le attività presenti ed il personale addetto, le modalità di accesso, le eventuali tariffe e compartecipazioni alle spese, le responsabilità, gli strumenti informativi;

Ritenuto che la definizione per ogni tipologia organizzativa delle caratteristiche anzidette sia necessaria in maniera che ognuna di esse sia ben distinguibile dagli utenti e dal personale che vi lavora;

Considerato, nello stesso tempo, che la vicinanza o la compresenza in unica struttura di più funzioni favorisce sinergie e razionalizzazione nell'uso delle risorse ed una maggiore visibilità da parte del cittadino del servizio medesimo;

Ritenuto quindi opportuno che siano sperimentate dalle aziende contemporaneamente più forme organizzative in maniera tale da prefigurare il centro polifunzionale così come previsto dalla delibera CR 527/95;

Considerato inoltre necessario che per ogni tipologia di modello organizzativo la Giunta regionale immetta strumenti informativi appositi che consentano di verificarne l'efficacia, il grado di soddisfazione dell'utente e dei suoi familiari, i costi sostenuti per la gestione del nuovo servizio e le mutazioni avvenute nella composizione dei costi degli altri servizi;

Ritenuto necessario che la Giunta regionale effettui la valutazione dei risultati della sperimentazione effettuata entro il 30 ottobre del 1998;

DELIBERA

1. di impartire alle Aziende Sanitarie della regione toscana le seguenti linee di indirizzo:

- a) possono essere istituiti in via sperimentale i modelli organizzativi previsti ed indicati nell'allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- b) nella sperimentazione è opportuno prevedere la contemporanea attivazione di più modelli tutti direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie proponenti;
- c) tali sperimentazioni sono soggetti ad autorizzazione da parte della Giunta regionale su richiesta inoltrata dalle Aziende.

Tali richieste devono essere accompagnate da un programma organico di attivita', di previsione di costi e da apposito regolamento che per ciascuna tipologia organizzativa individui la collocazione e la funzionalita' della medesima, la tipologia degli utenti, le attivita' presenti ed il personale addetto, le modalita' di accesso, le eventuali tariffe e partecipazioni alle spese, le responsabilita', gli strumenti informativi da adottare.

2. di dare mandato alla Giunta regionale:

- a) di istituire una Commissione di verifica delle sperimentazioni, presieduta dall'Assessore al Diritto alla Salute o suo delegato composta da un rappresentante di ciascuna Azienda Sanitaria sede della sperimentazione, un rappresentante della Federazione regionale dell'Ordine dei Medici e un rappresentante del Collegio degli infermieri;
- b) di effettuare la valutazione dei modelli sperimentali entro il 30/10/98 e predisporre i requisiti per l'autorizzazione e i criteri dell'accreditamento;
- c) di individuare criteri omogenei per la determinazione delle quote di partecipazione dell'utente nell'Albergo Sanitario;
- d) di rideterminare le tariffe per le prestazioni di Ospedalizzazione Domiciliare.

3. di pubblicare la presente deliberazione, unitamente all'allegato 1, sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana ai sensi dell'art. 2, comma 3, della LR 15 marzo 1996, n. 18 "Ordinamento del BURT e norme per la pubblicazione degli atti".

IL CONSIGLIO APPROVA

Con la maggioranza prevista dall'art. 15 dello Statuto.

Il Presidente
Denis Verdini
Il Segretario
Tommaso Franci

Bollettino Ufficiale della Regione Toscana

Risultati della ricerca

<!--## < % tag dentro tag test --> **Consiglio Regionale - Deliberazioni n 000384 del 25/11/1997 (Boll. n 1 del 07/01/1998 , parte Seconda , SEZIONE II)**

Sperimentazione nuovi modelli organizzativi. Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie.

Allegato 1

FORESTERIA
BISOGNI

E' un servizio di accoglienza strettamente interfacciato con la struttura sanitaria sede di interventi; offre ospitalita' a:

- parenti che debbono assistere pazienti ricoverati (bambini,

- anziani non autosufficienti, ecc.);
- soggetti che effettuano terapia di riabilitazione ambulatoriale e che necessitano di pernottamento;
 - soggetti che necessitano di prestazioni diagnostiche o terapeutiche da doversi effettuare in un arco di tempo piu' ampio di una giornata

UBICAZIONE

All'interno dell'ospedale; struttura ad hoc nelle vicinanze del presidio ospedaliero o di riabilitazione; riutilizzo anche di presidi esistenti da dismettere (presidi ospedalieri, case di cura, ecc.).

CARATTERISTICHE STRUTTURALI

Modulo funzionale di tipo alberghiero, all'interno dell'ospedale, case di cura dismesse, ecc.. Per le caratteristiche strutturali interne vedi LR 10 gennaio 1987, n. 1 art. 3.

RESPONSABILITA'

La gestione dipende dalla struttura organizzativa "gestione magazzini e attivita' economiche" della zona o ad altra struttura amministrativa sia ritenuta idonea dall'azienda.

PROCEDURE

L'interessato, informato del servizio esistente, ne fa richiesta; la direzione sanitaria del presidio di riferimento ne avalla l'ingresso, verificata l'appropriatezza e la compatibilita' del servizio alberghiero con i bisogni complessivi del cliente in ragione degli atti sanitari che danno titolo alla fruizione delle prestazioni di foresteria.

La LR 10 gennaio 1987, n. 1 "Disciplina delle attivita' extra alberghiere" e' norma di riferimento per l'attivita' di foresteria dell'azienda sanitaria.

LIVELLO DI GARANZIA

Le emergenze sanitarie che dovessero insorgere saranno assicurate dal servizio di emergenza sanitaria territoriale.

PERSONALE

Non esiste necessita' di personale sanitario; il personale e' solo per i servizi alberghieri.

GESTIONE

Le prestazioni alberghiere sono a pagamento; la gestione alberghiera deve essere a pareggio e ne va tenuta contabilita' separata; puo' essere data in appalto all'esterno.

ALBERGO SANITARIO

BISOGNI

Puo' essere utilizzato per:

- utenti che richiedono un pernottamento per non affrontare un trasferimento faticoso; perche' sono soli in casa; perche' necessitano di cure infermieristiche;
- pazienti che hanno avuto interventi chirurgici ambulatoriali o in day surgery;
- pazienti sottoposti a chemioterapia ambulatoriale o in day hospital;
- utenti che essendo stati dimessi dall'ospedale, necessitano di trattamenti intensivi di riabilitazione ambulatoriale e per i quali le condizioni familiari/sociali non permettono un reinserimento immediato al proprio domicilio.

UBICAZIONE

All'interno dello stesso presidio ospedaliero utilizzando spazi non piu' usati; in presidi ospedalieri riconvertiti in centri sanitari polifunzionali; in strutture di tipologia alberghiera (ex case di cura) vicine all'ospedale e in cui sia assicurato comunque il trasporto da e a l'ospedale.

CARATTERISTICHE STRUTTURALI

10/20 letti in camere a due letti con bagno, un soggiorno, una sala pranzo. Possono essere ammessi piu' moduli in correlazione con l'ampiezza del bacino di riferimento.

RESPONSABILITA'

La responsabilita' igienica della struttura rientra tra i compiti della direzione dell'ospedale se la struttura e' interna all'ospedale; se e' altrove rientra tra i compiti del responsabile dell'area funzionale delle attivita' sanitarie di comunita' del territorio di riferimento.

Non esiste una sorveglianza medica specifica in quanto i soggetti ospitati non hanno necessita' di cure mediche legate al ricovero. Gli infermieri rispondono della corretta somministrazione dei farmaci prescritti.

PERSONALE

Per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e' sufficiente la presenza di un infermiere e di un ausiliario, coordinato dal responsabile dell'uo assistenza infermieristica ospedaliera o territoriale a secondo dell'ubicazione della struttura.

DISTRIBUZIONE FARMACI O ALTRO MATERIALE SANITARIO

Per i pazienti che hanno avuto interventi chirurgici ambulatoriali o in day surgery e per i pazienti sottoposti a chemioterapia ambulatoriale o in day hospital il medico prescrittore e' il medico del reparto di dimissione ed i farmaci e l'altro materiale sono forniti dalla farmacia ospedaliera e messi a carico del centro di costo costituito dal reparto di dimissione.

Per gli altri utenti la prescrizione sia dei farmaci che del materiale sanitario vario e' di competenza del singolo medico curante e viene effettuata su modulari similari a quelli ospedalieri; la fornitura e' proveniente dalla farmacia dell'azienda in quanto la struttura e' dell'azienda e vi vengono svolte prestazioni sanitarie da personale dell'azienda sanitaria; in questo caso il centro di costo e' autonomo.

PROCEDURE

L'utente deve essere accompagnato da una copia della cartella clinica con le prescrizioni per i tempi di permanenza nella struttura sia che provenga da un reparto chirurgico, sia da un reparto medico, o di riabilitazione.

LIVELLO DI GARANZIA

Le emergenze sanitarie che dovessero insorgere saranno assicurate per i pazienti che hanno avuto interventi chirurgici ambulatoriali o in day surgery e per i pazienti sottoposti a chemioterapia ambulatoriale o in day hospital dai medici dei reparti di riferimento.

Per gli altri utenti le urgenze sono assicurate dal servizio di emergenza sanitaria territoriale, l'eventuale assistenza sanitaria, ove necessaria viene assicurata dai medici di medicina generale secondo le norme in vigore (art. 43 DPR 484/96).

APERTURA

La struttura a seconda della tipologia degli ospiti puo' essere

fatta funzionare anche per cinque/sei giorni alla settimana con la concentrazione degli interventi chirurgici, dei trattamenti chemioterapici e riabilitativi nei tempi appropriati.

PERMANENZA NELLA STRUTTURA

La permanenza degli ospiti nella struttura sarà modulata secondo la loro tipologia legandola al ciclo di cura da effettuare; per i dimessi dal day surgery non potrà comunque superare le quarantott'ore.

GESTIONE

Le prestazioni sanitarie sono svolte direttamente dall'azienda sanitaria.

Le prestazioni alberghiere sono a pagamento, nel mentre le prestazioni di assistenza alla persona ed infermieristiche sono gratuite.

La gestione alberghiera deve essere a pareggio e ne va tenuta contabilita' separata; può essere data in appalto all'esterno.

OSPEDALE DI COMUNITA'

BISOGNI

Se ne prevede l'uso per:

- pazienti oncologici anche per trattamenti palliativi;
- altri pazienti terminali (non affetti da immunodeficienza acquisita)
- pazienti neurologici che non necessitano di ausili per il mantenimento delle funzioni vitali
- pazienti con temporanea non autosufficienza che abbisognano di assistenza integrata.

Può essere utilizzata in alternativa dell'assistenza domiciliare integrata, sia là dove questa non è stata organizzata, sia nei casi in cui non esiste una famiglia dell'utente che possa comunque supportarlo, sia nei casi in cui si rende necessario un intervento più continuativo troppo oneroso per la famiglia o per l'azienda.

Nella fase di sperimentazione si ritiene che l'uso della struttura debba essere riservato ai soli cittadini residenti nell'azienda sanitaria dove la struttura è ubicata; di norma comunque la struttura è a servizio dei residenti della zona per mantenere un rapporto con la famiglia ed i servizi territoriali.

UBICAZIONE

Al di fuori del presidio ospedaliero. All'interno di presidio polifunzionale con una delimitazione chiara degli spazi usati e accessi autonomi. Anche struttura separata se collegata funzionalmente con ospedale o centro polifunzionale.

Per i pazienti oncologici e per gli altri pazienti terminali possono essere individuati spazi autonomi a seconda del numero dei casi presenti nel territorio (diversità tra città con forte presenza di popolazione e territori a bassa densità e grande estensione).

CARATTERISTICHE STRUTTURALI

12/16 posti letto in camera a due letti con bagno, un soggiorno, una sala pranzo; locali di incontro per il personale.

RESPONSABILITA'

La responsabilità complessiva della struttura (igiene, organizzazione fornitura di strumenti e presidi, gestione) fa capo al responsabile della area funzionale attività sanitaria di comunità; il diretto responsabile può essere il coordinatore del distretto sociosanitario dove è ubicata la struttura.

La responsabilita' del singolo paziente e' del medico che ne ha richiesto l'ingresso.

Il personale infermieristico risponde al curante della corretta somministrazione dei farmaci e della cura alla persona.

PERSONALE

Sono presenti personale infermieristico ed ausiliario a seconda della quantita' e della tipologia degli utenti. Il personale infermieristico che risponde funzionalmente al curante, in merito al percorso terapeutico, sara' coordinato dal responsabile dell'u.o assistenza infermieristica territoriale; il personale infermieristico fara' comunque parte del circuito dell'assistenza territoriale, all'interno del quale operera' secondo criteri di mobilita' in funzione anche dei soggetti via via seguiti sia all'interno della struttura che del territorio.

Viene assicurato all'interno l'apporto giornaliero della riabilitazione e di consulenze specialistiche apposite (vedi consulenza dietetica per nutrizione parenterale).

La tipologia di utenti determinera' la necessita' della presenza di specifiche professionalita': malati oncologici richiederanno la presenza di personale appartenente al nucleo operativo per le cure palliative; malati neurologici la presenza di personale di neurologia e rianimazione. Il medico che ha richiesto l'ingresso assicura gli accessi programmati all'atto del ricovero, comunque non inferiori a due settimanali.

Gli orari del personale e le loro presenze devono essere flessibili e commisurate alle presenze effettive degli utenti e alle loro esigenze di assistenza.

PRESTAZIONI

Vengono assicurate in loco prelievo sangue, elettrocardiogramma ed altri esami diagnostici e supporti terapeutici di non elevata complessita' tecnologica servendosi del personale del poliambulatorio territoriale od ospedaliero di riferimento.

E' ugualmente previsto un sostegno psicologico per il paziente ed i suoi familiari.

L'assistenza sociale distrettuale fornira' la consulenza necessaria per attivare le provvidenze possibili da parte dei vari enti in relazione ai bisogni del paziente.

DISTRIBUZIONE FARMACI O ALTRO MATERIALE SANITARIO

Il medico curante utilizza, per la prescrizione, le procedure e la modulistica prevista per la degenza ospedaliera; la fornitura dei farmaci, dell'occorrente per la nutrizione parenterale avverra' con le stesse procedure previste per i reparti ospedalieri; le richieste di altro materiale d'uso verra' sottoposto all'autorizzazione del medico responsabile della struttura.

Deve essere costituito l'armadio farmaceutico sotto la responsabilita' della farmaceutica territoriale; la gestione degli stupefacenti, dalla 1 alla 4 tabella, puo' essere effettuata secondo le norme d'uso previste dal DPR 309/90 e dal decreto del Ministero della Sanita' del 15/2/96.

La somministrazione e la distribuzione dei farmaci e del materiale sanitario saranno coordinate dal responsabile infermieristico.

La struttura e' centro di costo a se stante.

PROCEDURE

L'ammissione viene effettuata dal responsabile della struttura su richiesta del medico di medicina generale.

Alla richiesta e' allegato documento contenente l'acquisizione del consenso informato da parte del paziente su modello approntato dalla Regione sentito il Comitato Regionale di Bioetica.

La richiesta e' corredata da scheda clinica del paziente contenente gli aspetti anamnestici e la proposta di piano di trattamento individuale inclusivo degli apporti delle varie discipline sanitarie e della durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza presso la struttura.

Il medico responsabile della struttura valuta insieme al medico generale i bisogni assistenziali del caso e le possibilita' di dare risposta alle richieste presentate e dispone l'ammissione nel piu' breve tempo possibile; organizza con il responsabile infermieristico gli interventi ed il numero di accessi per le diverse figure professionali concordati con il medico di medicina generale.

Tale piano viene portato a conoscenza del paziente che prende atto e da' il suo consenso anche in relazione alla durata del ricovero utilizzando il modulo gia' citato.

Le prenotazioni di attivita' specialistica e diagnostica attivate su richiesta del curante hanno priorita' assistenziale e vanno assimilate, sia come urgenza che come modulistica, alle attivita' per ricoverati in ospedale; il responsabile infermieristico provvedera' a definire il calendario degli interventi programmati rivolgendosi anche alle varie unita' ospedaliere di riferimento.

La conclusione del ciclo di cura dovra' essere attestata dal medico curante.

La scheda clinica di ogni paziente avra' un numero progressivo relativo all'anno di ricovero; fara' riferimento per la diagnosi ai codici ICD 9; dopo le dimissioni del paziente, al quale deve essere consegnata relazione clinica, sara' inviata all'archivio generale dell'azienda per gli stessi fini delle cartelle cliniche ospedaliere.

PERMANENZA NELLA STRUTTURA

All'ammissione vengono determinati limiti temporali per ciascun paziente, comunque rivedibili su proposta del medico curante. Per i pazienti con affezioni respiratorie la degenza e' comunque inferiore ai trenta giorni e non puo' assumere il carattere di lungodegenza ne di ricovero in Rsa; puo' esserci necessita' di rapporto con i servizi di assistenza sociale per un inserimento successivo in Rsa.

LIVELLO DI GARANZIA

Le emergenze sanitarie che dovessero insorgere saranno assicurate dalla guardia medica territoriale e dai servizi di emergenza-urgenza territoriale.

GESTIONE

Le prestazioni sanitarie ed alberghiere sono svolte direttamente dalla unita' sanitaria:

- con proprio personale per l'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- con proprio personale, con personale convenzionato, con il ricorso ad appalti per quanto riguarda la gestione alberghiera

(appalti a cooperative per pulizie, vitto ecc.).

Il personale dipendente svolge compiti di istituto e non opera in regime libero professionale.

Per le prestazioni alberghiere puo' essere richiesta una compartecipazione alle spese.

RAPPORTO CON L'ESTERNO

La struttura e' punto di incontro di medici di medicina generale, di attivita' sanitarie di comunita' e, se del caso, di medici ospedalieri. E' aperta al rapporto con i familiari dell'utente, con orari flessibili ed il piu' possibile adeguati alle loro esigenze. Ha rapporti con il volontariato, sia di singoli individui che di associazioni, su programmi concordati e con personale preparato e che si impegni per tempi determinati.

QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE

Il personale infermieristico, riabilitativo, medico (medici di famiglia, e delle attivita' sanitarie di comunita' e, se del caso, dei reparti ospedalieri maggiormente interessati) deve essere preparato per svolgere correttamente la propria funzione. Per il personale volontario e' necessario prevedere corsi di formazione appositi.

Per il personale infermieristico ed ausiliario va prevista una permanenza non troppo prolungata nella struttura (due/tre anni) con un'alternanza nell'assistenza domiciliare.

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN DIURNO

Risultano avvenire molti ricoveri impropri, specie in day hospital, per effettuare accertamenti diagnostici pluridisciplinari e per evitare il pagamento dei tickets relativi.

Si suggerisce un modello organizzativo interno al poliambulatorio ospedaliero e territoriale che riporti correttezza all'interno dell'operativita' dell'azienda e che faciliti l'utente concentrando tutti gli esami nell'arco di una giornata.

BISOGNI

Puo' essere utilizzato per:

- utenti che debbano effettuare un profilo diagnostico anche in relazione ad un ricovero in ambito chirurgico o medico;
- utenti che necessitino di terapie in fase di post acuzie.

UBICAZIONE

All'interno del presidio ospedaliero riconvertendo spazi appositi; in poliambulatori territoriali in presenza di un congruo numero di attivita' diagnostiche, vedi in particolare quelli collocati in centri sanitari polifunzionali ubicati in ospedali da dismettere.

CARATTERISTICHE STRUTTURALI

Oltre ai locali necessari per le attivita' propriamente sanitarie (devono essere previste anche stanze con poltrone da infusione per effettuare tests dinamici), spazi di soggiorno ed attesa con un minimo di confort ambientale (poltrone, luci, ecc.), una sala pranzo.

RESPONSABILITA'

La responsabilita' igienica della struttura rientra tra i compiti della direzione sanitaria dell'ospedale se il poliambulatorio si trova in ospedale, se il poliambulatorio e' all'interno di un centro polifunzionale rientra tra i compiti della direzione del presidio.

La responsabilita' dell'organizzazione (tempi, procedure) e' del responsabile dell'u.o assistenza infermieristica ospedaliera se la struttura e' nell'ospedale, dell'u.o assistenza infermieristica territoriale se la struttura e' in un poliambulatorio territoriale.

PERSONALE

Il personale e' quello medico ed infermieristico necessario per le varie attivita' diagnostiche e specialistiche, oltre al personale che organizza le prenotazioni e accoglie gli utenti.

Per quest'ultimo si dovrebbe pensare a: una selezione interna in base alle capacita' organizzative e di rapporto col pubblico e ad un corso di qualificazione ad hoc.

A seconda se il pranzo e' garantito da un appalto all'esterno o attraverso l'interno puo' essere necessario un ausiliario che raccolga le eventuali prenotazioni al mattino e che serva i pasti alle ore opportune.

PRESTAZIONI

All'interno del poliambulatorio possono essere erogati "pacchetti di prestazioni" di tipo diagnostico e/o specialistico non particolarmente impegnativi sia sotto il profilo dell'assistenza infermieristica che dell'osservazione clinica; analogamente possono esservi effettuati interventi di chirurgia ambulatoriale.

PROCEDURE

Particolare attenzione va messa sulle procedure di accesso a questo servizio che non e' altro che un modo di organizzazione delle prestazioni diagnostiche e specialistiche ambulatoriali.

I medici sia di medicina generale che specialisti, avvertiti di questa possibilita' offerta, devono indicarla nella prescrizione.

Il personale addetto agli sportelli di prenotazione, che devono essere collegati in rete, indica all'utente quello fra i centri esistenti che puo' dare per primo le prestazioni in tal modo organizzate.

I referti, in accordo con le norme della L. 675/96 di solito, vanno riconsegnati all'utente tutti insieme o presso lo stesso poliambulatorio o presso il distretto piu' vicino al domicilio dell'utente medesimo o presso l'ambulatorio del medico curante (sia attraverso rete, se collegato, sia attraverso fax), possibilmente in giornata; i referti saranno invece conservati all'interno della cartella clinica, se si tratta di prestazioni specialistiche richieste per un ricovero.

Devono essere predisposte linee guida per l'erogazione di prestazioni multidisciplinari.

APERTURA

La struttura ha orario giornaliero dalle ore 7/7,30 del mattino fino alle 19 del pomeriggio.

GESTIONE

Le prestazioni sanitarie sono soggette al normale regime di tickets; gli esami correlati al ricovero programmato sono percio' esenti dal ticketes in quanto remunerati gia' dalla tariffa del ricovero.

La fornitura del vitto e' a pagamento e come gia' detto puo' essere data in appalto all'esterno.

I costi del personale aggiuntivo sono attribuiti al centro di

costo comune di poliambulatorio.

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

BISOGNI

Pazienti da ospedalizzare, ma per i quali l'ambiente ospedaliero induce effetti troppo negativi.

In particolare le tipologie di pazienti per i quali risulta opportuna sono:

- malati anziani con riacutizzazioni di patologie croniche;
- malati per patologia oncologica o altre gravi affezioni;
- malati con grave compromissione generale per patologie di tipo evolutivo che richiedono ricoveri ospedalieri periodici per controlli e trattamenti speciali.

CARATTERISTICHE DEL NUCLEO FAMILIARE

Possibilita' di presenza di una o piu' persone della cerchia familiare capaci di gestire il malato (colloquiare con i medici, effettuare iniezioni sottocutanee, tenuta farmaci ecc.); esistenza di condizioni igienico sanitarie abitative idonee.

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI

- Visite mediche
- Effettuazioni esami diagnostici semplici
- Somministrazione di terapie (chemioterapie, trasfusioni, antidolorifici, antibiotici, ecc.)
- Medicazioni e manutenzione cateteri
- Fornitura materiale sanitario, presidi sanitari vari e attrezzature necessarie (letto di tipo ospedaliero, materasso antidecubito, sedia a rotelle, ecc.)
- Assistenza infermieristica
- Assistenza riabilitativa
- Assistenza sociale

RESPONSABILITA'

La responsabilita' e' del primario dell'UO ospedaliera che ha attivata tale forma di assistenza o di un altro medico ospedaliero, incaricato dal primario di seguire il caso clinico a domicilio.

PERSONALE

Il medico responsabile deve assicurare, le presenze programmate; e' da prevedersi un'assistenza infermieristica giornaliera con due ore di presenza a domicilio distribuita secondo le necessita' nelle ventiquattro ore; consulenze specialistiche specifiche, un'attivita' riabilitativa di mantenimento. Il personale infermieristico viene assicurato da parte dell'UO infermieristica ospedaliera che ha disposto il ricovero.

L'assistenza sociale distrettuale fornira' la consulenza necessaria per attivare le provvidenze possibili da parte dei vari enti in relazione ai bisogni del paziente e della famiglia. Compito specifico sara' l'attivazione di una rete di relazioni sociali anche con l'apporto del volontariato locale organizzato. A seconda dei casi puo' essere previsto un supporto psicologico alla famiglia.

Il personale svolge la propria attivita' come compito di istituto.

PROCEDURE

Il medico ospedaliero propone al paziente ed ai familiari l'ospedalizzazione domiciliare, dopo:

- aver predisposto il piano di trattamento nel quale sono individuati gli interventi e le figure professionali coinvolte (interventi specialistici, tipologia dei controlli clinici programmati, necessita' di prestazioni infermieristiche, ecc.);

- avere ottenuto dai responsabili delle uu.oo. e dei servizi interessati la disponibilita' ad effettuare gli interventi previsti; se non e' possibile attivare l'UO infermieristica del territorio, le prestazioni infermieristiche possono essere effettuate al completo dallo stesso personale del reparto di riferimento.

Il malato o la famiglia fa richiesta di accedere a tale servizio. La scheda nosologica viene adeguatamente compilata.

Presso il domicilio del paziente viene attivata apposita cartella clinica dove tutti gli operatori registrano il tipo di intervento effettuato e le rilevazioni sullo stato di salute del paziente; alcune rilevazioni possono essere registrate dal paziente medesimo o dai suoi familiari, se appositamente istruiti; tali documenti confluiscono alla fine del ricovero nell'archivio dell'ospedale.

Il medico ospedaliero, con il responsabile del distretto di riferimento, comunicano al medico di medicina generale il regime di cura dell'utente affinche' il medico di medicina generale possa garantire il proprio accesso al domicilio del medesimo, cosi' come previsto dall'accordo collettivo per la medicina generale durante i periodi di ricovero (art. 35 DPR 484/96).

LIVELLI DI GARANZIA

Le emergenze/urgenze sono assicurate dall'emergenza territoriale in rapporto all'ospedale di riferimento.

FARMACI ED ALTRO MATERIALE SANITARIO

La fornitura di farmaci, di tutti i presidi nutrizionali, sanitari e farmacologici e di eventuale strumentazione potra' avvenire con le stesse procedure previste per il reparto ospedaliero su prescrizione del medico responsabile.

QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE

Il personale infermieristico, riabilitativo, medico (medici dei vari reparti ospedalieri e delle attivita' sanitarie di comunita') deve essere preparato per svolgere correttamente la propria funzione. Sia per i familiari che per il volontariato devono essere organizzati momenti formativi specifici di educazione sanitaria e, a seconda della gravita' del paziente, anche di gestione del medesimo.

GESTIONE

L'ospedalizzazione domiciliare e' effettuata dall'ospedale e corrisponde in tutto ad un ricovero ospedaliero; il centro di costo a cui addebitare sia il personale (anche quello infermieristico territoriale) sia i beni e servizi e quant'altro e' ritenuto necessario, e' il reparto che ha disposto il ricovero. In caso di ospedalizzazione domiciliare effettuata da un'azienda per un'altra dovra' essere indicato per una corretta valorizzazione del DRG, che da' poi luogo a compensazione finanziaria fra le aziende medesime, di chi ha sostenuto nella realta' i vari costi.

• [mail](#) • [indietro](#)