

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno venerdì 06 **del mese di** marzo
dell' anno 2015 **si è riunita nella residenza di** Sala Giunta Palazzo Comunale Piazza Cavalli 2 - Piacenza
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Gualmini Elisabetta	Vicepresidente
3) Caselli Simona	Assessore
4) Corsini Andrea	Assessore
5) Costi Palma	Assessore
6) Donini Raffaele	Assessore
7) Gazzolo Paola	Assessore
8) Mezzetti Massimo	Assessore
9) Petitti Emma	Assessore
10) Venturi Sergio	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore Costi Palma

Oggetto: REQUISITI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO DEL DIPARTIMENTO DI CURE PRIMARIE.

Cod.documento GPG/2015/78

Num. Reg. Proposta: GPG/2015/78

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Vista la L.R. n. 29/2004 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale" e successive modificazioni;

Richiamate:

- la propria deliberazione n. 863/2006 recante "Direttiva alle Aziende Sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale",
- la propria deliberazione n. 2011/2007 recante "Direttiva alle Aziende Sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'art. 3, comma 4, della L.R. 29/2004: indirizzi per l'organizzazione dei Dipartimenti di cure primarie, di salute mentale e dipendenze patologiche e di sanità pubblica";

Richiamata la Legge Regionale n. 34 del 12 ottobre 1998, recante "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, in attuazione del DPR 14 gennaio 1997" e successive modificazioni, e richiamato in particolare l'art. 8, che demanda alla Giunta regionale, sentita la competente Commissione Assembleare Politiche per la Salute e Politiche Sociali, il compito di determinare i requisiti ulteriori per l'accREDITamento di cui al comma 4 dell'art. 2 del DPR 14 gennaio 1997, uniformi per le strutture pubbliche e private, con riferimento alle funzioni sanitarie individuate nella programmazione regionale per garantire i livelli di assistenza sanitaria previsti dal Piano Sanitario Nazionale;

Richiamate inoltre la propria deliberazione n. 53/2013 recante "Indicazioni operative per la gestione dei rapporti con le strutture sanitarie in materia di accREDITamento";

Considerato:

- che con propria deliberazione n. 327 del 23 febbraio 2004, recante "Applicazioni della L.R. 34/1998 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti" si è provveduto, al punto 2.6 del dispositivo ad approvare l'allegato n. 3, nel quale sono definiti, ai sensi di quanto disposto al comma 1 dell'art. 8 della sopracitata Legge Regionale, requisiti generali e specifici per l'accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti dell'Emilia-Romagna;
- che con il richiamato provvedimento, si è previsto, altresì, al punto 2.9 del dispositivo, in attuazione di quanto disposto dall'art. 8 della L.R. n. 34/1998 sopra richiamata, come compito dell'Agenzia sanitaria regionale, la predisposizione delle proposte per l'integrazione ed il periodico aggiornamento dei requisiti per l'accreditamento;

Preso atto che l'Agenzia sanitaria regionale, in esecuzione di quanto disposto dal punto 2.9 della citata deliberazione n. 327/2004, ha elaborato il documento allegato al presente atto, che definisce i requisiti specifici per l'accreditamento del Dipartimento di Cure Primarie;

Tenuto conto che:

- i requisiti definiti fanno riferimento alle funzioni di governo svolte dal Dipartimento di cure primarie e alle sue articolazioni organizzative quali: i Nuclei di cure primarie, il Consultorio familiare, la Pediatria di Comunità, l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale territoriale, le Cure domiciliari, gli Ospedali di comunità;
- saranno predisposti specifici documenti relativi ai requisiti di accreditamento della Casa della Salute e delle strutture della rete delle Cure Palliative, escluse dal documento allegato, in funzione delle caratteristiche di forte integrazione interdipartimentale che connota questi setting assistenziali;

Dato atto che i requisiti specifici indicati in allegato sostituiscono in modo integrale i precedenti requisiti presenti nella propria deliberazione n. 327/2004;

Acquisito il parere favorevole della Commissione Assembleare Politiche per la Salute e Politiche Sociali espresso nella seduta del 24 febbraio 2015;

Viste:

- la L.R. n. 43/2001 e successive modificazioni e integrazioni,
- la propria deliberazione n. 2416/2008 e successive modificazioni;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore per le Politiche per la salute;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1. di approvare ad integrazione dell'allegato n. 3 della deliberazione di Giunta regionale n. 327 del 23 febbraio 2004, i "Requisiti specifici per l'accreditamento del Dipartimento di Cure Primarie", come definite nell'Allegato n. 1 quale parte integrante del presente provvedimento;
2. di stabilire che i requisiti specifici di cui al punto 1) sostituiscono in modo integrale i precedenti requisiti specifici presenti nella deliberazione di Giunta regionale n. 327/2004;
3. di pubblicare il presente provvedimento ed il relativo allegato sul Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna (BURERT).

- - - - -

**Requisiti specifici per l'accreditamento
Dipartimento di Cure Primarie**

INDICE

PREMESSA

LE FUNZIONI TRASVERSALI DEL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

REQUISITI STRUTTURALI TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI

ARTICOLAZIONI

Nucleo di Cure Primarie

Consultorio familiare

Clinical competence e formazione Consultorio

Valutazione della performance Consultorio

Pediatria di Comunità

Assistenza Specialistica Ambulatoriale territoriale

Poliambulatorio

Ambulatorio dermatologico

Ambulatorio oculistico

Ambulatorio otorinolaringoiatrico

Ambulatorio odontoiatrico

Ambulatorio endocrinologico/diabetologico

Punto prelievi

Cure domiciliari

Ospedali di comunità

QUALIFICAZIONE DEI PERCORSI E SERVIZI EROGATI

INDICATORI

Indicatori Dipartimento

Indicatori Consultorio Familiare

PREMESSA

Il presente documento è finalizzato alla definizione dei requisiti di accreditamento dei dipartimenti di cure primarie.

Tali requisiti fanno riferimento alle funzioni di governo svolte dal dipartimento e alle sue articolazioni organizzative quali:

- i Nuclei di cure Primarie
- il Consultorio Familiare
- la Pediatria di Comunità
- l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale territoriale
- le Cure Domiciliari
- gli Ospedali di Comunità

Sono escluse dal presente documento le Case della Salute e le Cure Palliative, per le quali saranno predisposti specifici documenti, in funzione delle caratteristiche di forte integrazione interdipartimentale che connota questi setting assistenziali ove si realizza l'opportunità di integrare e coordinare le diverse competenze all'interno di percorsi assistenziali inter-professionali e multifunzionali.

Il documento si completa con un cruscotto di indicatori utili per monitorare l'andamento delle attività svolte, la performance del dipartimento e delle sue articolazioni organizzative e il trend inteso come visione prospettica che parte dai risultati conseguiti e si focalizza sulle condizioni di gestione che si proiettano nel futuro e che costituiscono i presupposti per il mantenimento e il miglioramento delle performance.

Mission

Il Dipartimento di Cure Primarie è la forma organizzativa della funzione di produzione che ha il mandato di garantire a tutti i cittadini le cure primarie. Le cure primarie sono un sistema di cure che, erogate vicino ai luoghi di vita delle persone (studio del proprio medico, domicilio, strutture ambulatoriali e consultoriali, strutture residenziali), costituiscono la forma principale di assistenza sanitaria sul territorio che garantisce la presa in carico, l'assistenza e la continuità delle cure. Tale forma assistenziale è centrata sui bisogni della persona, ha valenze di promozione e tutela della salute, prevenzione, cura e riabilitazione, e si giova di una rete territoriale di strutture e professionalità che operano in maniera integrata.

Gestisce le risorse assegnate allo scopo di

- facilitare l'accesso alle cure nell'ambito della riduzione delle disuguaglianze;
- assicurare l'assistenza primaria alle persone nell'arco di tutta la vita, sia come risposta alle patologie in fase acuta, che durante le fasi della cronicità e nell'ultima fase della vita
- assicurare l'assistenza a persone con patologie croniche, utilizzando gli strumenti e le modalità assistenziali che fanno riferimento alla medicina di iniziativa, e intervenire anche sulla promozione della salute.

- definire e garantire standard di prodotto dei servizi di assistenza primaria, assistenza specialistica ambulatoriale, consultoriale rivolta alla donna, all'infanzia e all'età evolutiva, assistenza agli anziani e ai disabili;
- assicurare relazioni operative con i Dipartimenti ospedalieri e le strutture sanitarie accreditate, con il DSM-DP, DSP e Dipartimento o Servizio farmaceutico territoriale, i Servizi Sociali dei Comuni, il Terzo settore finalizzate a garantire la continuità assistenziale dei percorsi di cura;
- promuovere e verificare la qualità delle cure attraverso l'utilizzo degli strumenti del governo clinico.

Visione strategica

Il Dipartimento Cure Primarie

- si pone l'obiettivo strategico della presa in carico territoriale della cronicità assicurando la continuità delle cure, definendo e garantendo percorsi assistenziali integrati e condivisi con il paziente e/o caregiver;
- promuove lo sviluppo della medicina proattiva quale modello di riferimento per la gestione della cronicità anche aumentando le competenze e le capacità di autocura dei pazienti;
- si pone l'obiettivo di garantire una prima risposta ai problemi acuti dei cittadini gestibili nell'ambito delle cure primarie;

ai fini di cui sopra:

- promuove lo sviluppo organizzativo dei Nuclei di cure primarie quali luoghi di esercizio dell'attività clinico assistenziale;
- dovrà costruire, in collaborazione con i servizi sociali, le opportune integrazioni tra i PDTA ed i percorsi socio-sanitari, al fine di fornire al paziente complesso, con una molteplicità di problemi sanitari e sociali, una risposta integrata ottimizzando l'utilizzo delle risorse
- sviluppa la competenza di tutti gli operatori coinvolti, dipendenti e convenzionati, al fine di garantire livelli omogenei e qualificati delle prestazioni;
- promuove ed implementa l'innovazione e la ricerca, per migliorare la qualità dell'assistenza;
- promuove il consolidamento delle relazioni tra il sistema territorio (risposta continua) e il sistema ospedale (risposta puntuale per singoli episodi);
- garantisce la gestione dei casi in modo integrato con i Servizi Sociali, a partire dalla valutazione multidimensionale

LE FUNZIONI TRASVERSALI DEL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

Si individuano dieci funzioni trasversali:

1) Funzione di governo clinico

Il DCP ha come funzione trasversale quella di promuovere ed implementare il mantenimento e miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati attraverso la costante pratica del governo clinico. L'adozione e l'applicazione degli strumenti del governo clinico rappresentano requisiti centrali dell'agire professionale.

Dovrà essere data evidenza documentale:

- alla pratica dell'Audit sia clinico che organizzativo;
- alla adozione di un sistema di indicatori per il monitoraggio e la valutazione delle performance;
- ad un piano di interventi in materia di Risk Management;
- ai profili di cura dei nuclei di cure primarie (adulti e pediatrici).

2) Funzione di definizione, adozione e monitoraggio dei percorsi assistenziali

Presupposto fondamentale per assicurare la continuità delle cure e il soddisfacimento dei bisogni è la realizzazione di percorsi assistenziali integrati

La gestione integrata del paziente richiede l'adozione di una logica di processo assistenziale in grado di assicurare la presa in carico e la continuità delle cure, l'adeguatezza degli interventi e la valutazione di efficacia.

Ciò avviene attraverso:

- la definizione di specifici percorsi condivisi, all'interno del dipartimento e con le principali interfacce ospedaliere pubbliche e private coinvolte, basati su linee guida ed altre evidenze;
- l'identificazione delle équipe professionali;
- l'adozione di adeguati strumenti di gestione (disease management e case management);
- la definizione e attuazione di protocolli locali di assistenza o di piani assistenziali integrati.

Tutti i dipartimenti sono tenuti a sviluppare tali percorsi, omogenei in caso di più dipartimenti afferenti alla stessa azienda, con particolare riferimento alla presa in carico delle persone affette da multimorbosità a rischio di fragilità/non autosufficienza, secondo i principi del Chronic Care Model, anche utilizzando strumenti idonei a garantire la gestione della medicina di iniziativa (es. registri di patologia).

Andranno anche strutturati percorsi specifici per:

- Gestione pazienti diabetici
- "Percorso nascita"

- "Percorsi di gestione del dolore"
- Gestione dei pazienti con disturbi psichiatrici comuni "Programma Leggieri"
- Gestione dei pazienti con gravissime disabilità acquisite
- Gestione del paziente con scompenso cardiaco cronico
- "Programma Demenze"

Il Dipartimento dovrà inoltre sviluppare gli ulteriori percorsi definiti a livello regionale.

Ogni Dipartimento dovrà valutare l'opportunità di sviluppare percorsi in riferimento a:

- Gestione dei pazienti in terapia anticoagulante orale
- Gestione dei pazienti con insufficienza renale cronica
- Gestione dei pazienti con BPCO
- Gestione dei pazienti con frattura di femore

3) Funzione di gestione delle interfacce della rete dei servizi al fine della globalità e continuità delle cure e dell'assistenza

Il governo delle interfacce interne ed esterne serve a garantire l'approccio olistico al paziente e la continuità delle cure.

Si realizza attraverso il coinvolgimento e coordinamento dei NCP, degli ospedali di riferimento e più in generale della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari secondo gli accordi previsti con gli EELL.

Richiede azioni specifiche finalizzate a sviluppare:

- un orientamento culturale a lavorare insieme
- la integrazione professionale delle strutture e dei percorsi
- protocolli condivisi di continuità assistenziale.

Le principali interfacce possono essere così riassunte:

- Verso e tra le Unità Operative del DCP attraverso la definizione e condivisione dei piani annuali di attività all'interno del comitato di dipartimento
- Verso gli altri dipartimenti aziendali (DSP, DSM-DP, dipartimenti ospedalieri) attraverso protocolli, Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), gestione integrata delle patologie croniche a livello distrettuale e/o aziendale, programmi di screening, etc
- Verso i dipartimenti/aziende ospedaliere e privati accreditati per la realizzazione di quanto previsto negli accordi stipulati a livello aziendale
- Verso i produttori di servizi socio assistenziali con le modalità e gli accordi previsti con gli EELL di riferimento attraverso la partecipazione agli uffici di piano e l'applicazione dei contenuti dei Piani di Zona per la salute e il benessere sociale (PDZ)
- Verso il Distretto e/o la Direzione aziendale, nella loro funzione di committenza, attraverso la negoziazione degli obiettivi di salute da perseguire e di produzione annuale dei servizi
- Controllo di gestione

4) Funzione di sviluppo delle competenze e di valorizzazione del personale

Rappresenta una funzione trasversale che tende alla valorizzazione delle professioni, all'empowerment del personale, mirati all'efficacia dei risultati e all'efficienza organizzativa.

L'attuale disegno del DCP presenta differenti rapporti di lavoro: convenzioni, dipendenza, consulenze da altri enti, altre forme di collaborazione.

Ciò fa sì che la funzione debba essere esercitata con modalità diverse sulla base comune della analisi delle prestazioni erogate, della valutazione delle competenze e della definizione di piani di sviluppo coerenti con gli obiettivi e la programmazione aziendali.

5) Funzione per la gestione degli accordi convenzionali nei rapporti con i professionisti dei NCP (medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, PLS, specialisti ambulatoriali convenzionati interni)

In accordo con la Direzione Sanitaria, è la funzione che consente di applicare e monitorare l'insieme dei rapporti e delle relazioni con i professionisti convenzionati: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali convenzionati interni, medici della continuità assistenziale.

La funzione, comunque attribuita, realizza l'applicazione concreta sul territorio dei contenuti di accordi siglati tra le parti: Accordi Collettivi Nazionali, Accordi Integrativi Regionali ed Accordi Locali.

Devono essere chiaramente identificate le responsabilità dei professionisti che nell'ambito del DCP sono deputati all'applicazione degli accordi contrattuali.

Nell'ambito dell'applicazione degli accordi devono essere assicurati i rapporti con:

- l'area del governo clinico con specifico riferimento alla formazione professionale ai percorsi integrati diagnostico terapeutici ed alla pratica dell'audit clinico;
- l'area dello sviluppo organizzativo con riferimento alla regolazione dei rapporti inerenti lo sviluppo dei NCP e più in generale all'organizzazione del lavoro in ambulatorio e al domicilio;
- l'area delle cure domiciliari con l'identificazione di specifiche progettualità.

Le Aziende dovranno valutare l'opportunità di implementare ulteriori progettualità su temi di interesse quali: l'appropriatezza prescrittiva sulla farmaceutica, sulla specialistica e sui ricoveri; i progetti di prevenzione e promozione della salute; lo sviluppo dei sistemi informatici finalizzati ad una appropriata presa in carico ed alla continuità delle cure.

6) Funzione di governo delle Cure Intermedie Sanitarie

La funzione di governo si esplica nell'ambito del processo di riconversione dei letti ospedalieri in Letti intermedi territoriali sanitari presenti nelle Strutture Intermedie Sanitarie Territoriali rappresentate dagli Ospedali di Comunità, attraverso nuovi modelli assistenziali, consentendo così, anche un ampliamento delle attività assistenziali di prossimità erogate dal Dipartimento delle Cure Primarie.

L'obiettivo ultimo è quello di garantire alle persone affette da patologie croniche, disabilità gravi ed in fine vita, percorsi assistenziali, continuità delle cure e di integrazione ospedale-territorio, con il supporto clinico fornito da MMG, sviluppando, qualificando e specializzando la rete dei servizi e, al contempo, valorizzando il sostegno alle famiglie.

7) Governo della attività dei NCP

I Nuclei di Cure Primarie rappresentano la struttura base del modello organizzativo delle Cure Primarie e sono l'ambito privilegiato per perseguire obiettivi:

- di continuità assistenziale,
- di integrazione delle attività territoriali,
- di governo clinico (secondo criteri di appropriatezza, efficacia, efficienza, uniformità)

Essi necessitano di un adeguato supporto organizzativo, di linee di indirizzo, di obiettivi, di un sistema di valutazione condiviso.

Tali funzioni sono competenze della Direzione del Dipartimento, nelle sue diverse espressioni e articolazioni, e vengono esercitate nei limiti della programmazione aziendale.

Ad esse dovrà essere data evidenza attraverso azioni volte ad assicurare:

- individuazione di un coordinatore del nucleo
- individuazione del coordinamento infermieristico/tecnico di nucleo
- la definizione di obiettivi di nucleo secondo gli indirizzi della programmazione aziendale e di verifica dei risultati;
- le attività di formazione, audit, informazione, organizzazione;
- il confronto sui report di monitoraggio del sistema di indicatori definiti a livello regionale;
- la definizione degli specialisti, degli infermieri e dei tecnici di riferimento del nucleo (processo di budgetting).

8) Gestione dell'attività dell'Unità Pediatrica di Cure Primarie

L'Unità Pediatrica di Cure Primarie è una struttura tecnico funzionale di ambito territoriale/aziendale che integra funzionalmente i Pediatri di Libera Scelta, che operano nei Nuclei di Cure primarie di cui sono parte integrante, con le équipes della Pediatria di Comunità (PdC), della neuropsichiatria infantile, dei consultori familiari, dei servizi sociali e con le strutture di area materno infantile dei Presidi Ospedalieri.

Rappresenta il punto di riferimento per le Direzioni Distrettuali e Dipartimentali per quanto riguarda le problematiche di assistenza in area pediatrica del loro territorio di riferimento.

Le funzioni proprie dell'Unità Pediatrica di Cure Primarie riguardano i seguenti ambiti:

- Valutazione dei bisogni assistenziali nell'area pediatrica
- Programmazione dell'assistenza, governo della domanda
- Valutazione della qualità dell'assistenza
- Formazione ed aggiornamento

L'Unità Pediatrica di Cure Primarie necessita di un adeguato supporto organizzativo, di linee di indirizzo, di obiettivi, di un sistema di valutazione condiviso.

Tali funzioni sono competenze della Direzione del Dipartimento, nelle sue diverse espressioni e vengono esercitate nei limiti della programmazione aziendale.

Ad esse dovrà essere data evidenza attraverso azioni volte ad assicurare:

- individuazione di un Coordinatore dell'Unità Pediatrica di Cure Primarie;
- evidenza di obiettivi assegnati, secondo gli indirizzi della programmazione aziendale, e di verifica dei risultati;
- evidenza di incontri nell'Unità Pediatrica di Cure Primarie;
- evidenza della partecipazione multiprofessionale agli incontri.

9) Gestione del Sistema Informativo

Per una ottimale gestione delle attività e sviluppo delle funzioni dipartimentali, il DCP deve essere supportato da un adeguato sistema informativo che:

- implementi i principali flussi informativi regionali ed in particolare ASA, MAPS, Cedap, Hospice, Assistenza Farmaceutica, Cure Primarie - Medicina Generale, ADI, GRADA, SICO, Letti Intermedi.
- Soddisfi i bisogni informativi a livello locale. In particolare dovrà essere implementata la parte di S.I che consenta la valutazione delle attività e delle performance dei NCP e delle altre articolazioni del dipartimento
- Consentita di integrare le informazioni sugli interventi sanitari effettuati per ciascun individuo con le informazioni rese disponibili dai servizi sociali.

È funzione specifica del DCP il rispetto dei debiti informativi previsti in particolare: ASA, MAPS, SICO, Hospice, Assistenza Farmaceutica, Cure Primarie - Medicina Generale, SIADI, GRADA.

Ogni Azienda individua gli indicatori finalizzati al monitoraggio delle performance dei DCP definiti a livello regionale.

Nel DCP dovrà essere data evidenza della disponibilità di specifici reports per il monitoraggio degli obiettivi di salute e di produzione negoziati con la Direzione distrettuale ed aziendale.

È compito di ogni DCP la valutazione degli indicatori finalizzati alla programmazione aziendale (di sistema) e/o specifica (propria del contesto di riferimento).

10) Funzione di supporto amministrativo

Nel Dipartimento CP attraverso un supporto amministrativo devono essere assicurate le funzioni di:

- gestione degli accordi convenzionali (ACN, AIR, AL);
- gestione dei rapporti con i professionisti dei NCP (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali, MCA);
- gestione dei rapporti con il privato accreditato definiti nei contratti di fornitura (qualora non diversamente attribuite), tale funzione deve assicurare almeno il monitoraggio dei volumi di attività, il rispetto dei tempi di attesa, il rispetto dei budget;
- accesso del cittadino al SSR (qualora non diversamente attribuita), con la presa in carico amministrativa attraverso la polifunzionalità degli sportelli (dotati di un comune sistema informativo e con specifiche procedure di front-office e di back-office, di cui dovrà essere data evidenza). Tale funzione è riferita a
 - Centro Unificato di Prenotazione (CUP)
 - Iscrizione al SSN (che include scelta/revoca del medico)
 - Rilascio Esenzioni
 - Protesica/Integrativa
 - Assistenza sanitaria all'estero.

REQUISITI STRUTTURALI TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI

Il documento riporta i requisiti per l'Accreditamento del Dipartimento di Cure Primarie.

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente, devono essere previsti i seguenti requisiti.

A) Requisiti strutturali

Il DCP deve avere una sede fisica in cui opera, secondo il tempo dedicato, il Direttore di DCP, il Responsabile infermieristico/tecnico e il personale di supporto amministrativo.

B) Requisiti tecnologici

Il DCP deve essere dotato della tecnologia utile a facilitare i contatti e le condivisioni tra tutti gli operatori del DCP.

Collabora in questo senso con i referenti aziendali per lo sviluppo tecnologico per creare nuove disponibilità e percorsi facilitati (utilizzo di aree protette in extranet, accesso a banche dati, scambio protetto di dati, ricerche epidemiologiche, ecc.); crea la disponibilità e le condizioni per formare i professionisti ed implementare l'uso delle risorse tecnologiche tra gli operatori attraverso:

- Percorsi formativi
- Creazione di siti extranet protetti ed accessibili esclusivamente agli operatori
- Condivisione delle problematiche nelle riunioni di DCP

C) Requisiti Organizzativi

Dotazione di Personale

Il DCP, coerentemente con quanto previsto dall'atto aziendale si avvale di una Direzione, composta di norma da un Direttore di Dipartimento, dal Responsabile Infermieristico/Tecnico di Dipartimento e da un Collaboratore Amministrativo con funzione di coordinamento.

Il DCP deve definire le responsabilità delle diverse linee di produzione.

Il Comitato di Dipartimento è l'organo collegiale di supporto al Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie, con l'obiettivo di realizzare una forma di consultazione e partecipazione dei professionisti; il suo funzionamento è disciplinato da regolamenti aziendali, secondo le modalità previste nella DGR n. 86/2006 e DGR n. 20011/2007.

È presieduto dal Direttore del Dipartimento Cure Primarie ed è composto dai:

- Responsabili delle UO semplici/complesse, ivi compresi il Responsabile aziendale dell'assistenza specialistica ambulatoriale e il Responsabile aziendale dell'assistenza consultoriale
- Coordinatori infermieristici/tecnici delle UO
- Responsabile infermieristico-tecnico del DCP
- Referente per la medicina generale, secondo quanto indicato nella deliberazione di Giunta regionale n. 1398/2006, relativa all'Accordo regionale per la disciplina con i medici di medicina generale

- Referente per pediatri di Libera Scelta
- Coordinatori dei NCP

fermo restando che a livello locale potrà essere prevista la partecipazione di altre figure professionali con funzioni di responsabilità specifiche in tale ambito.

Il Comitato di Dipartimento, che assicura la partecipazione dei professionisti ai processi di programmazione delle attività e di definizione dell'assetto organizzativo gestionale, ha le funzioni di:

- allocazione delle risorse sulla base dei percorsi assistenziali integrati di supporto all'attività dei NCP;
- monitoraggio dei livelli di attività assistenziale secondo criteri di efficienza ed efficacia;
- attivazione di percorsi formativi professionali, ivi compresi quelli di sostegno all'integrazione professionale;
- promozione dell'integrazione organizzativa e professionale tra le Unità Operative afferenti al DCP;
- promozione dell'integrazione organizzativa e professionale, tra DCP e Dipartimento di sanità pubblica, DSM-DP, Servizio sociale e Dipartimenti ospedalieri;
- contributo all'elaborazione del programma annuale del dipartimento delle cure primarie, dei relativi obiettivi assistenziali e della verifica del raggiungimento degli stessi.

ARTICOLAZIONI

Il DCP è articolato in coerenza con la direttiva alle Aziende Sanitarie per l'adozione dell'atto Aziendale (DGR 2011/2007).

L'attività delle CP svolge l'erogazione della assistenza primaria attraverso i NCP nei quali si integrano le professionalità afferenti al DCP.

Nucleo di Cure Primarie

È l'unità organizzative di base del sistema delle cure primarie, rappresenta il cuore del sistema di produzione del DCP.

Il nucleo ha una connotazione professionale. Si tratta di professionisti che lavorano su più strutture e devono esprimere una capacità organizzativa e di coordinamento.

Il punto focale delle attività è il paziente rispetto al quale il nucleo si configura come un substrato a rete che attiva i suoi nodi secondo il bisogno.

Costituisce il luogo privilegiato per perseguire gli obiettivi di continuità assistenziale, integrazione delle attività territoriali, governo clinico in relazione agli obiettivi di salute.

A tal fine deve essere previsto un piano poliennale di sviluppo delle reti orizzontali all'interno del NCP che mettano in connessione le varie professionalità presenti al suo interno.

I NCP devono essere dotati di un adeguato sistema informativo attraverso lo sviluppo sempre più consistente delle reti orizzontali all'interno delle forme associative e del sistema SOLE.

Dovrà essere data evidenza di:

- individuazione di una sede fisica di riferimento da collocarsi definitivamente all'interno di una casa della salute
- individuazione di un coordinatore del Nucleo
- individuazione del coordinamento infermieristico di Nucleo
- una pianificazione degli obiettivi assegnati al nucleo e di verifica dei risultati;
- un sistema informativo che consenta la condivisione delle informazioni cliniche fra tutti i professionisti del nucleo (rete orizzontale e verticale);
- report periodici sull'attività e i risultati conseguiti;
- incontri di nucleo con particolare riguardo a:
 - formazione/informazione,
 - audit,
 - organizzazione,
 - percorsi clinico assistenziali
 - confronto sui report di monitoraggio,
- partecipazione multiprofessionale alle riunioni di Nucleo;

- lavoro in équipe per la valutazione multidimensionale, presa in carico e attuazione dei piani assistenziali integrati (PAI);
- adozione del modello secondo l'approccio del case management nella presa in carico dei casi complessi.

Consultorio familiare

Il Consultorio Familiare è un'Unità operativa del Dipartimento di Cure Primarie, istituzionalmente chiamato a svolgere un servizio di assistenza alla famiglia, alla maternità e paternità responsabili, alla educazione alla salute sessuale e alla contraccezione, compresi i progetti rivolti ai giovani. Mantiene il suo ruolo di servizio rivolto alla salute della donna, della coppia, al sostegno della genitorialità in un'ottica orientata alla salute e alla medicina di genere.

Sostiene i processi di empowerment della popolazione target e sviluppa azioni volte a contrastare il "gradiente sociale" individuando i determinanti di salute, con particolare riferimento alle fasce di popolazione svantaggiate ed al contesto.

L'UO Consultorio familiare prevede attività di base o di primo livello da dislocare sul territorio privilegiando possibilmente le sedi dei NCP, e attività più complesse, di secondo livello, da erogare in sedi distrettuali o sovradistrettuali.

Per garantire i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) di competenza, i Consultori familiari, si integrano con gli altri servizi aziendali, con i servizi sociali e con il terzo settore del territorio di riferimento.

Partecipa pertanto alla programmazione strategica ed attuativa socio-sanitaria nell'ambito dei Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale.

Funzioni

Si individuano anche per il consultorio familiare, in analogia con le funzioni del DCP le seguenti funzioni specifiche.

1. Funzione di governo clinico

L'adozione e l'applicazione degli strumenti del governo clinico rappresentano requisiti centrali dell'agire professionale.

Dovrà essere data evidenza documentale:

- alla pratica dell'Audit sia clinico che organizzativo,
- alla adozione di un sistema di indicatori per il monitoraggio e la valutazione delle performance
- ad un piano di interventi in materia di Risk Management.

Tale funzione dovrà essere svolta in integrazione con le unità operative ed i dipartimenti coinvolti nei percorsi assistenziali.

2. Funzione di accoglienza e lettura del bisogno

Il consultorio familiare è un servizio ad accesso diretto, non necessita della richiesta del medico di medicina generale (MMG), comporta l'esigenza di un triage e il relativo avvio al percorso assistenziale più corretto.

Il triage viene garantito da componenti dell'équipe consultoriale, preferibilmente dall'ostetrica.

Per alcune attività esclusivamente prestazionali (es. ecografie e visite ginecologiche) che hanno già una richiesta specifica del MMG o di altri specialisti è possibile prevedere l'accesso tramite appuntamenti previsti anche a CUP, senza l'esigenza di un'accettazione dedicata.

3. Funzione di definizione, adozione e monitoraggio dei percorsi assistenziali (PDTA)

Presupposto fondamentale per assicurare la continuità delle cure e il soddisfacimento dei bisogni è la realizzazione di percorsi assistenziali integrati.

La gestione integrata dei percorsi richiede l'adozione di una logica di processo assistenziale in grado di assicurare la presa in carico e la continuità delle cure, l'adeguatezza degli interventi e la valutazione di efficacia.

Ciò avviene attraverso:

- la definizione di specifici percorsi condivisi, all'interno del dipartimento e con le principali interfacce ospedaliere pubbliche e private coinvolte, basati su linee guida ed altre evidenze;
- l'identificazione delle équipe professionali;
- l'adozione di adeguati strumenti di gestione (disease management e case management);
- la definizione e attuazione di protocolli locali di assistenza o di piani assistenziali integrati.

I consultori sono tenuti a sviluppare/partecipare ai seguenti percorsi distrettuali e/o sovra distrettuali:

percorso nascita, percorso per l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG), percorso screening, percorso per le donne vittime di violenza.

I Consultori devono definire le modalità di presa in carico delle seguenti condizioni: problematiche genitoriali, sterilità di coppia, pianificazione familiare, malattie sessualmente trasmesse (MST), problematiche ginecologiche oncologiche e non, ecc. valutando l'eventuale necessità di sviluppo di PDTA.

4. Funzione Spazio per donne e bambini immigrati¹

Lo Spazio donne immigrate e bambini fornisce risposte ai bisogni complessi dei cittadini stranieri attraverso un approccio multidisciplinare, garantendo in ambito aziendale l'erogazione delle prestazioni sanitarie come previsto dalle normative nazionali e regionali.

Si caratterizzano come spazio di primo accesso con l'obiettivo di accompagnare le donne sino all'uso autonomo dei servizi non dedicati.

¹ Possono essere sovradistrettuali.

Agli spazi donne immigrate e loro bambini accedono prevalentemente donne e bambini che hanno difficoltà linguistiche, culturali, di conoscenze specifiche che ostacolano la fruizione dei servizi non dedicati; questi spazi sono caratterizzati dall'accesso diretto, da un'accoglienza dedicata, dalla semplificazione delle procedure (Straniero Temporaneamente Presente, ecc.), dalla presenza fissa delle mediatrici culturali e da professionisti dedicati con un percorso di formazione specifica.

I professionisti hanno approfondito gli aspetti assistenziali, organizzativi e comunicativi, per favorire l'equità di accesso ai servizi e alle cure, di un gruppo di popolazione in difficoltà.

Questi Spazi operano con percorsi integrati con gli altri servizi dedicati dei Comuni, Provincia, in particolare con i Centri Stranieri e le equipe dei Progetti "Oltre la strada". Gli operatori dei centri mantengono rapporti con le comunità degli immigrati presenti per concordare la promozione della salute e la risposta ai bisogni emergenti e alle criticità eventualmente riscontrate nelle risposte assistenziali.

Lo spazio utilizza strutture e tecnologie previste per l'attività consultoriale e/o relativi alla pediatria di comunità; i locali possono essere funzionalmente o interamente dedicati.

Deve essere garantito l'accesso diretto (senza appuntamento) allo spazio.

Deve essere presente un responsabile/referente organizzativo delle attività dello spazio.

Deve essere presente la mediazione linguistico culturale nelle ore di apertura.

Il personale dedicato deve comprendere tutte le professionalità previste nelle ore di apertura dello spazio con un numero di ore adeguato ad evadere le richieste.

Oltre alle competenze specifiche delle singole professioni devono essere possedute competenze di consulenza transculturale.

Al fine di garantire lo svolgimento di funzioni ed attività l'équipe dedicata è costituita da almeno: ginecologo, ostetrica, psicologo e per attività specifiche si avvale di altre figure professionali.

L'équipe multiprofessionale è finalizzata alla risposta ai bisogni complessi e alla continuità della presa in carico integrata. A tale scopo deve essere garantita la stabilità della presenza dei professionisti di riferimento.

Deve essere data evidenza della sistematica relazione con i servizi sociali.

È individuato il responsabile organizzativo e gestionale del consultorio familiare distrettuale o sovradistrettuale.

Il numero dei professionisti impiegati nel consultorio deve essere rapportato alla popolazione di riferimento e alle attività svolte.

Attività

In base alle norme vigenti e alla programmazione regionale e locale, le attività principali del consultorio familiare riguardano:

- l'informazione sui diritti spettanti alla donna in base alla legislazione statale e regionale, in materia di tutela sociale della maternità e sulle modalità necessarie per il loro rispetto;
- l'informazione sulle prestazioni erogate dai servizi sociali, sanitari, assistenziali, pubblici e di soggetti non istituzionali, operanti sul territorio e sulle modalità per accedervi;

- l'attività di informazione e consulenza sui temi della sessualità;
- l'assistenza sanitaria e psicologica inerente la procreazione responsabile, la consulenza e la somministrazione di contraccettivi, l'informazione e la consulenza sulla regolazione e il controllo della fertilità;
- l'assistenza sanitaria e psicologica inerente la tutela della gravidanza e della maternità e l'assistenza al puerperio;
- l'assistenza sanitaria e psicologica per le donne e le coppie che richiedono l'interruzione volontaria di gravidanza, secondo le procedure di cui agli articoli 4 e 5 della legge 194/78;
- gli interventi socio-sanitari riferiti alla pubertà e alla menopausa;
- gli interventi sanitari di specialistica ginecologica;
- gli interventi finalizzati allo Screening per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero;
- l'assistenza psicologica al singolo, alla coppia e alla famiglia per difficoltà relazionali, per problemi di separazione e divorzio anche in riferimento alla consulenza sul diritto di famiglia;
- l'assistenza al singolo e alla coppia in riferimento a difficoltà di ordine sessuale;
- l'assistenza alla donna per problemi di violenza sessuale;
- l'attività di informazione, di educazione e promozione alla salute sulle tematiche sopra indicate con particolare riferimento alla procreazione responsabile, alle problematiche familiari e dei genitori.

Requisiti funzionali dei Consulteri familiari relativi a:

- Accoglienza e accesso
- Assistenza ostetrica
- Assistenza ginecologica
- Assistenza psicologica
- Presa in carico sui percorsi assistenziali (PDTA) individuati
- Prevenzione tumori collo dell'utero (screening)
- Spazio giovani²
- Educazione sanitaria a gruppi o a singoli (adolescenti, giovani, donne in gravidanza, puerpere, sostegno all'allattamento, donne in menopausa, ecc.)

Fatti salvi i requisiti generali e specifici dell'autorizzazione e delle leggi vigenti devono essere garantiti per le singole componenti funzionali i seguenti requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e di Clinical Competence.

² Possono essere sovradistrettuali.

Accoglienza e accesso

Requisiti strutturali

Devono essere presenti: un locale funzionalmente dedicato per l'accoglienza, un locale per l'attività di back office, un locale per l'accoglienza telefonica e una sala d'attesa dedicata. La collocazione e le caratteristiche dei locali devono consentire il rispetto della privacy degli utenti accolti.

I locali sopra descritti possono essere utilizzati anche per attività differenti, ma svolte in orari diversi.

Requisiti tecnologici

Personal computer in rete per consentire l'utilizzo di cartelle e agende informatizzate e stampanti.

Requisiti organizzativi

Il consultorio deve possedere documenti informativi rivolti ai propri operatori, alle strutture di interfaccia interne o esterne all'Azienda e agli Utenti.

Tali documenti (procedure/protocolli, istruzioni operative, brochure informative, ecc.) definiscono: la tipologia di prestazioni offerte, modalità di accesso al servizio per le attività programmate e per quelle in urgenza, modalità di erogazione delle prestazioni, personale responsabile della erogazione, costo e modalità di pagamento; definizione dei criteri generali di comportamento in caso di criticità organizzativa, accordi /procedure di invio e integrazione con altri servizi e/o enti su percorsi integrati.

Devono essere previste modalità di facilitazione dell'accesso delle fasce di popolazione svantaggiate, compresa la presenza in sede o con possibilità di attivazione della mediazione linguistico culturale per le etnie maggiormente rappresentate a livello locale.

Clinical Competence

l'accoglienza, svolta prevalentemente dalle ostetriche, richiede una esperienza lavorativa consultoriale, una formazione di front office e di counselling, anche con approccio transculturale, e conoscenza della rete dei servizi.

Assistenza ostetrica

Requisiti strutturali

Deve essere presente un ambulatorio ostetrico distinto da quello utilizzato dal medico, anche se non esclusivo.

Possono essere previsti ulteriori ambulatori in funzione delle attività svolte e del numero di professionisti presenti.

La sala d'aspetto è dedicata all'attività consultoriale;

Requisiti tecnologici

Deve essere presente il rilevatore del battito cardiaco fetale, (uno per ogni ambulatorio dedicato al monitoraggio della gravidanza).

Deve essere disponibile in struttura un ecografo (o prevista la possibilità di invio in urgenza).

Ogni ambulatorio deve prevedere la presenza di computer e stampanti in rete, cartelle e agende informatizzate con programmi ed interfacce dedicati all'attività svolta.

Requisiti organizzativi

deve essere individuato un ostetrica referente per la pianificazione locale delle attività (accesso, modalità di erogazione delle prestazioni, integrazione sui percorsi,) integrata con le altre attività consultoriali e della relativa valutazione.

Presenza di ostetriche formate alle attività di tutor e con capacità di organizzazione, gestione e valutazione di percorsi assistenziali.

Clinical Competence

Le ostetriche consultoriali devono avere competenze sull'assistenza alla gravidanza fisiologica in autonomia, sull'accoglienza e ascolto delle donne nelle varie fasi della salute riproduttiva, sulla promozione della salute sessuale e riproduttiva della donna e della coppia sia al singolo che ai gruppi, sulla consulenza per il controllo della fertilità (in ogni distretto dovrebbero essere garantite competenze su tutti i metodi di regolazione della fertilità).

Devono essere possedute competenze ulteriori in relazione a specifici percorsi assistenziali, ad esempio chinesiterapia perineale.

In funzione degli specifici bisogni formativi, devono essere predisposti corsi di aggiornamento e dei re-training in relazione alla mappa delle competenze.

Devono essere disponibili competenze di gestione dei gruppi nell'ambito della promozione della salute.

Assistenza ginecologica

Requisiti strutturali

Deve essere presente un ambulatorio ginecologico distinto dall'ambulatorio ostetrico, anche se non esclusivo.

Possono essere previsti ulteriori ambulatori in funzione delle attività svolte e del numero di professionisti presenti: ambulatorio di colposcopia, ambulatorio di ecografia (necessario nel consultorio distrettuale) anche condiviso, ambulatorio di isteroscopia diagnostica, che devono possedere i requisiti previsti dalla normativa vigente;

qualora la struttura non disponga di spazi per l'esecuzione di tali attività, deve essere prevista la possibilità di utilizzare gli ambulatori afferenti ad altre strutture ospedaliere o territoriali.

Deve essere presente la sala d'aspetto dedicata all'attività consultoriale.

Requisiti tecnologici

Ogni ambulatorio deve prevedere la presenza di computer e stampanti in rete, cartelle e agende informatizzate con programmi ed interfacce dedicati all'attività svolta.

Presenza o disponibilità in struttura un ecografo con sonde per ecografie ostetriche e ginecologiche

Deve essere disponibile un sistema di archiviazione immagini (RIS-PACS).

Devono essere posseduti i requisiti tecnologici previsti per ciascun ambulatorio specifico.

Deve essere disponibile il rilevatore del battito cardiaco fetale.

Requisiti organizzativi

deve essere individuato un referente per la pianificazione locale delle attività (modalità di erogazione delle prestazioni, integrazione sui percorsi) integrata con le altre attività consultoriali e della relativa valutazione.

Devono essere previste modalità organizzative per garantire il percorso IVG.

Devono essere presenti i protocolli diagnostico terapeutici adottati e le modalità di verifica degli stessi relativi alle principali problematiche affrontate.

Clinical Competence

Il ginecologo deve possedere il livello 3 in riferimento agli specifici compiti richiesti (es. ecografia, colposcopia, assistenza alla gravidanza a rischio, ecc.).

Inoltre, il ginecologo consultoriale deve possedere formazione specifica sul counselling e la comunicazione in attività ambulatoriali, e deve esserci almeno un professionista per distretto/area formato in consulenza e trattamento in ambito sessuologico; competenze relative alla conduzione di gruppo di lavoro, di tutoraggio e di valutazione degli interventi assistenziali (almeno uno per distretto).

Per quello che riguarda le competenze relative alle attività di ecografia, isteroscopia e colposcopia si rimanda ai requisiti già esistenti.

Assistenza psicologica

Requisiti strutturali

Devono essere presenti locali Studio (non ambulatorio) per colloqui psicologici in relazione ai volumi di attività anche non esclusivi; le dimensioni dei locali devono permettere l'accoglienza di individui, coppie, famiglie.

Sala d'attesa riservata all'attività consultoriale.

Requisiti tecnologici

Ogni Studio deve prevedere la presenza di computer e stampanti in rete, cartelle e agende informatizzate con programmi ed interfacce dedicati all'attività svolta.

Requisiti organizzativi

Lo psicologo è parte integrante della équipe multi professionale del consultorio.

Tra gli psicologi che operano all'interno del consultorio deve essere individuato un referente per la pianificazione locale delle attività psicologiche di competenza dei consultori: adolescenza, genitorialità, gravidanza/puerperio, sterilità/infertilità, interruzione di gravidanza, menopausa, sessualità donna/uomo/coppia, dinamiche relazionali della coppia e della famiglia.

Qualora lo psicologo del consultorio svolga anche attività di tutela del minore e di valutazione delle relative competenze genitoriali, dovranno essere previste ulteriori risorse umane ed organizzative.

Per le attività psicologiche consultoriali deve essere garantita la funzione dello psicologo per le attività programmate e la disponibilità per le urgenze.

Clinical Competence

A livello consultoriale le conoscenze teoriche si sviluppano sul modello psicologico del ciclo di vita dell'individuo e della coppia/famiglia e si coniugano con le conoscenze in ambito psicopatologico del disagio e/o disturbo psichico relativamente all'adolescenza, alla genitorialità, alla gravidanza/puerperio, alla sterilità/infertilità, all'interruzione di gravidanza, alla menopausa, alla sessualità donna/uomo/coppia, alle dinamiche relazionali della coppia e della famiglia.

Le competenze cliniche si esplicano nel lavoro diretto con l'utente (individuo, coppia – famiglia-gruppo) e indiretto nella consulenza e formazione ad altri operatori.

In ambito clinico sono richieste capacità di analisi della domanda, formulazione del percorso/progetto di trattamento, la valutazione del processo e dell'esito dell'intervento: colloqui anamnestici e psicodiagnostici, counselling e/o psicoterapia.

Le competenze in ambito di psicologia di comunità sono finalizzate alla programmazione di interventi di rete e nell'attuazione di interventi di consulenza ad altri operatori sanitari, sociali ed educativi e di promozione alla salute rivolti ai cittadini o fasce specifiche di popolazione.

Qualora lo psicologo svolga attività rivolta a minori e famiglie in carico ai Servizi sociali dei Comuni dovranno essere possedute

- conoscenze relative al riconoscimento dei segni precoci di sviluppo psicosociale anomalo e del bambino come parte di un sistema multiplo (famiglia, scuola, rete sociale, ecc.);
- conoscenze e utilizzo dei concetti di vulnerabilità e resilienza nel bambino e nella famiglia e i diversi paradigmi teorici sulle funzioni genitoriali.

Conosce e applica strumenti psicodiagnostici di valutazioni del minore, delle relazioni genitoriali e genitorialità.

Collabora nell'équipe psicosociale per la costruzione del progetto individualizzato sul minore.

È in grado di produrre certificazioni e relazioni su richiesta del Tribunale e del Servizio sociale locale in integrazione con l'assistente sociale del Comune.

Spazio Giovani

È uno spazio all'interno del Consultorio familiare riservato a giovani dai 14 ai 19 anni (singoli, coppie o gruppi) che hanno bisogno di un ambiente dedicato in cui affrontare problemi legati alla sessualità, alla vita affettiva e relazionale, oltre a problemi ginecologici, di contraccezione e di prevenzione.

Il servizio è ad accesso libero (senza impegnativa del medico di famiglia) e completamente gratuito.

Le prestazioni erogate sono quelle tipiche del consultorio: visita ginecologica, visita ostetrica, visita andrologica, colloquio clinico psicologico, consulenza dell'ostetrica per gravidanza e contraccezione, educazione sessuale, applicazione della normativa in materia di IVG (interruzione volontaria di gravidanza), consulenza su alimentazione e comportamenti alimentari non corretti.

Gli Spazi giovani, in collaborazione con altri servizi dell' AUSL, della regione Emilia-Romagna e con Enti ed istituzioni del territorio (Comuni, Scuole, corsi di formazione professionale, centri di aggregazione sportiva e ricreativa, associazioni) realizzano progetti di educazione alla salute rivolti ai giovani e agli adulti di riferimento.

Il servizio è rivolto anche agli adulti di riferimento: genitori, insegnanti, educatori e allenatori sportivi.

Requisiti strutturali

Lo spazio giovani prevede locali funzionalmente ed esclusivamente dedicati, tali da garantire la riservatezza per le ore di apertura, composti almeno da:

- sala d'attesa
- locale per accoglienza
- numero di ambulatori e studi per l'attività ostetrico-ginecologica e psicologica, sufficiente per garantire le attività contemporaneamente
- locale per incontri di gruppo (almeno 25-30 partecipanti)

Requisiti tecnologici

Lo spazio utilizza strutture e tecnologie previste per l'attività consultoriale

Requisiti organizzativi

- accesso diretto (senza appuntamento)
- individuazione di un referente/responsabile per la pianificazione locale delle attività e del monitoraggio dei percorsi
- devono essere presenti i principali percorsi specifici per gli adolescenti: contraccezione, gravidanza, IVG, maltrattamento e abuso sui minori, problematiche relazionali e di coppia
- presenza di un programma di promozione della salute sessuale, riproduttiva e relazionale integrato con la scuola, altri servizi aziendali e le diverse agenzie presenti sul territorio

Devono essere previsti percorsi clinici integrati con altri Servizi sanitari dell'Azienda.

Gli operatori che costituiscono l'équipe sono rappresentati almeno da andrologo, ginecologo, psicologo e ostetrica; ulteriori operatori, specificamente formati, possono essere coinvolti in rapporto alle problematiche affrontate.

Clinical competence

Gli operatori devono essere formati appositamente per poter operare con i giovani e fornire loro assistenza, devono quindi possedere ulteriori competenze relative alla gestione delle problematiche cliniche e psicologiche dell'età adolescenziale.

Devono inoltre possedere competenze specifiche in merito alla pianificazione e realizzazione di interventi di educazione sanitaria a gruppi.

Clinical competence e formazione Consultorio

Inserimento e aggiornamento

Oltre a quanto previsto nei requisiti generali per l'accreditamento ai fini di documentare l'aggiornamento del personale sanitario devono essere riconosciuti quali strumenti dell'aggiornamento, purché documentati:

- Meeting mensili
- Briefing settimanali
- Incontri di audit

Valutazione della performance Consultorio

La U.O. deve dotarsi di criteri e strumenti di valutazione delle attività svolte che consentano di verificare l'appropriatezza delle procedure facendo riferimento a linee guida basate sulle evidenze scientifiche. Fatto salvo che l'U.O. può liberamente dotarsi di propri strumenti di valutazione, rimane vincolante rilevare il set di indicatori riportati nella specifica sezione del documento.

Pediatria di Comunità

I principali ambiti di attività della Pediatria di Comunità sono:

- attività vaccinale e la profilassi delle malattie infettive in età pediatrica;
- educazione alla salute per la promozione di corretti stili di vita;
- prevenzione nutrizionale attraverso la ristorazione collettiva scolastica;
- interventi a sostegno dei minori con patologia cronica o disagio socio-sanitario e delle loro famiglie, in collaborazione con gli altri servizi del territorio tra cui Nuclei di Cure Primarie, Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Consultori Familiari, con i reparti ospedalieri aziendali ed extraziendali, con le scuole e i servizi sociali dei comuni;
- attività svolte per favorire il sistema di cure rivolto agli immigrati.

Attività vaccinale

L'organizzazione delle attività vaccinali deve essere ottimizzata alla realtà locale.

La scelta sul numero e sulla dislocazione delle sedi vaccinali deve tenere conto, da un lato, delle esigenze dei cittadini, allo scopo di garantire la massima facilità d'accesso in particolare per gli utenti più svantaggiati, dall'altro, dei criteri di efficienza, economicità e sicurezza proprie della prestazione sanitaria in questione.

Requisiti strutturali

Ogni sede in cui vengono eseguite vaccinazioni deve disporre almeno di:

- spazio di attesa dimensionato in base al numero e alla tipologia degli utenti e alla modalità organizzativa delle sedute vaccinali,
- un ambulatorio.

Requisiti tecnologici

Gli strumenti e le attrezzature devono essere tali da contribuire sia all'efficienza e all'efficacia della prestazione che alla sicurezza degli utenti e del personale sanitario.

L'ambulatorio vaccinale deve essere dotato almeno di:

- un carrello delle emergenze o di specifiche borse attrezzate per le emergenze anafilattiche dotati dei farmaci e dei presidi sanitari previsti dal protocollo locale per le emergenze.

Nelle sedi con più ambulatori adiacenti è sufficiente 1 carrello attrezzato per tutta la sede.

- un piano di lavoro per la preparazione dei vaccini
- un lettino e/o fasciatoio o poltrona multifunzione in funzione della tipologia dell'utenza
- disponibilità di una fonte di Ossigeno
- un punto telefonico fisso con linea esterna ad uso degli operatori,
- hardware e software per la gestione informatizzata dell'attività vaccinale che permetta il collegamento con l'anagrafe degli assistiti ed operi in rete con gli ambulatori vaccinali dell'Azienda sanitaria
- fonendoscopio pediatrico e/o per adulti
- sfigmomanometro con bracciali di varia misura

Requisiti organizzativi

Dotazione di personale

La dotazione minima di personale sanitario necessaria al corretto funzionamento dello Ambulatorio vaccinale è costituita da:

- Assistente sanitaria (ASV) / Infermiere, competente in vaccinazioni pediatriche, almeno 1 operatore per ogni ambulatorio aperto.
- Medico competente in vaccinazioni pediatriche; nelle sedi con più ambulatori può essere unico referente per tutti quelli aperti contemporaneamente.

Procedure

- Il servizio utilizza protocolli operativi e/o linee guida (manuali della documentazione organizzativa e operativa) inerenti le principali attività legate alle vaccinazioni per garantire corrette ed uniformi modalità d'azione a tutti gli operatori coinvolti nella loro esecuzione;

I documenti operativi predisposti dal Servizio devono riguardare almeno:

- gli aspetti generali e quelli specifici delle vaccinazioni, compresa la lista delle controindicazioni e delle precauzioni,
- l'acquisizione del consenso informato e la raccolta dell'anamnesi,
- le modalità di somministrazione dei vaccini,
- la gestione clinica nell'ambulatorio delle reazioni post-vaccinali

Devono inoltre essere disponibili, per gli operatori:

- schede tecniche dei vaccini in uso
- modalità organizzative che garantiscano il rispetto della privacy durante l'intervento vaccinale
- modalità organizzative atte a evitare le lunghe attese
- procedure per la gestione e conservazione dei farmaci e dei presidi per l'urgenza
- procedura per gestione clinica dell'urgenza/emergenza
- procedura per la definizione del fabbisogno vaccinale, approvvigionamento, conservazione e distribuzione del vaccino

Caratteristiche delle prestazioni

Caratteristiche generali delle prestazioni

- Deve essere disponibile, per tutte le vaccinazioni, materiale informativo per gli utenti di cui il servizio cura la diffusione
- *Il servizio deve assicurare la promozione delle vaccinazioni, per realizzare una elevata protezione vaccinale della popolazione di riferimento attraverso:*
 - una anagrafe vaccinale informatizzata,
 - la collaborazione e l'integrazione con PLS, MMG, Consultorio familiare, specialisti ambulatoriali e ospedalieri, Dipartimento di sanità pubblica
 - la regolare attività di promozione e di informazione sulle vaccinazioni
- *Il servizio deve assicurare una adeguata pianificazione degli inviti e delle sedute vaccinali*
- È disponibile la procedura per l'effettuazione delle vaccinazioni ai minori e agli appartenenti a categorie a rischio; tale procedura deve prevedere l'invio di uno specifico invito personalizzato contenente:
 - le vaccinazioni proposte
 - l'ubicazione dell'ambulatorio
 - le modalità di accesso
 - la possibilità di differimento dell'appuntamento in caso di impedimento e le indicazioni delle relative modalità

- *Il vaccinatore deve registrare le informazioni sui vaccini somministrati ed aggiornare il libretto di vaccinazioni del soggetto*

Deve essere disponibile una procedura per garantire la registrazione e la disponibilità dei dati del soggetto sottoposto a vaccinazione tutelandone la privacy.

- *Il vaccinatore riporterà gli eventi secondari all'immunizzazione, in modo accurato, tempestivo e completo*

Deve essere disponibile una procedura sulla segnalazione degli eventi avversi.

- *Vaccinazioni in ambiente protetto*

Deve essere disponibile una procedura concordata con la Pediatria ospedaliera per consentire l'effettuazione delle vaccinazioni a rischio in ambiente protetto.

- *Il servizio deve acquisire l'eventuale dissenso all'esecuzione della vaccinazioni raccomandate dal calendario regionale*

Deve essere disponibile una procedura per l'acquisizione del dissenso alla vaccinazione secondo le indicazioni regionali

Profilassi delle malattie infettive

- Devono essere disponibili procedure concordate con il DSP che indichino le responsabilità e le azioni da attuare in caso di segnalazione di malattie infettive
- Devono essere disponibili strumenti informativi multilingua per le famiglie, al fine di rendere più comprensibili le informazioni di profilassi che vengono impartite.

Educazione alla salute

La Pediatria di comunità collabora alla elaborazione di Progetti di prevenzione e promozione alla salute, atti a sviluppare comportamenti e stili di vita corretti assieme alle altre articolazioni del DCP, al DSP, Istituzioni/Enti del territorio.

Caratteristiche delle prestazioni

I Progetti di prevenzione e promozione alla salute sono predisposti:

- in collaborazione col Dipartimento di sanità pubblica, i Consultori familiari, i Punti nascita, i PLS, i MMG, gli Enti locali, i Servizi sociali, gli Istituti scolastici,
- in sinergia con quanto definito negli indirizzi regionali, nei Piani per la Salute, nei Profili di Comunità e nei Piani di Zona locali,
- con identificazione degli indicatori di monitoraggio e di verifica

Prevenzione nutrizionale

La Pediatria di Comunità concorre, assieme al SIAN e agli Enti Locali, a definire per la ristorazione collettiva scolastica:

- le linee guida per la mensa scolastica
- i menù nutrizionalmente adeguati alle diverse fasce di età e a specifici problemi sanitari dell'alunno

- percorsi organizzativi relativi alla dietetica speciale nella comunità scolastica per garantire la somministrazione del pasto specifico nel rispetto delle indicazioni comportamentali e nutrizionali del caso
- la formazione e l'aggiornamento del personale addetto alla produzione e/o distribuzione dei pasti

Interventi a sostegno dei minori con patologia cronica

Caratteristiche delle prestazioni

La Pediatria di Comunità, assieme ai professionisti interessati, partecipa alla costruzione di un modello organizzativo locale relativo alla gestione delle patologie croniche e delle condizioni di rischio psico-sociale.

La Pediatria di Comunità partecipa ad eventuali attività formative nell'ambito del Nucleo di Cure Primarie in relazione alle problematiche assistenziali di competenza.

- valida e analizza i dati relativi alle situazioni di cronicità e di disagio psicosociale segnalate dai PLS svolgendo attività di supporto epidemiologico con elaborazione della reportistica relativa all'analisi delle patologie croniche, dei rischi psico-sociali, dei bisogni;
- partecipa alle attività di audit dei Nuclei di Cure Primarie in relazione ai percorsi assistenziali in età pediatrica;
- interviene nella presa in carico del bambino e della sua famiglia secondo la funzione attribuita nel modello organizzativo locale e secondo quanto previsto nei percorsi assistenziali integrati e/o nei piani assistenziali individuali (PAI) definiti con il team assistenziale;
- contribuisce al monitoraggio e alla valutazione dei percorsi assistenziali integrati con i relativi indicatori e standard;
- facilita l'inserimento di bambini con malattie croniche nelle collettività educative, scolastiche e ludico-ricreative, secondo modalità definite, comprendenti anche l'informazione e la formazione al personale scolastico.

Requisiti strutturali e tecnologici

I requisiti strutturali e tecnologici sono gli stessi previsti per l'Ambulatorio Pediatrico e Vaccinale.

Requisiti organizzativi

Dotazione di personale in orario di attività

- 1 pediatra
- 1 ASV / Infermiere
- Disponibilità di Mediatore culturale

Requisiti minimi di attività

L'attività di cure primarie è fortemente condizionata dal contesto assistenziale locale e dalle caratteristiche della popolazione, pertanto rimane in carico alle singole Aziende sanitarie la valutazione sul numero delle sedi erogative ritenute necessarie e relativo orario di attività.

Assistenza Specialistica Ambulatoriale territoriale

Poliambulatorio

Espletamento contemporaneo in più ambulatori di attività professionali da parte di professionisti operanti in una o più discipline specialistiche; presenza di almeno due specialità mediche di cui una che preveda l'autorizzazione (prestazioni invasive, alta complessità organizzativa, uso di tecnologie complesse).

Un poliambulatorio è complesso in ragione di:

- dimensioni fisiche della struttura/numero degli ambulatori (5-10 "spazi" ambulatorio)
- afflusso di pazienti/numerosità delle prestazioni (200-400 pazienti/die)
- numerosità dei professionisti presenti
- numerosità delle specialità (5-10)
- complessità delle prestazioni (prestazioni invasive, uso di tecnologie complesse)
- complessità dei processi clinico assistenziali/diagnostici (es. day service)
- contiguità con altre tipologie di servizi offerti all'utenza (es. medici MG, PLS, ecc.)

Accessibilità

- possibilità di accesso anche con mezzi pubblici.
- parcheggio in prossimità della struttura.
- posti auto riservati a disabili.
- cartellonistica stradale che indica la ubicazione del poliambulatorio.
- targa visibile all'esterno.
- assenza di barriere architettoniche.

Informazione e diritti dell'utente

- All'ingresso della struttura sono disponibili opuscoli informativi/avvisi rivolti al pubblico riguardanti:
 - le prestazioni offerte, anche presso altre sedi accreditate
 - i diritti dei pazienti/utenti (carta dei servizi)
 - la prevenzione delle malattie e/o educazione alla salute
 - le modalità per inoltrare segnalazioni e reclami.
- Nell'atrio c'è un prospetto riassuntivo (cartello) aggiornato dei servizi e degli uffici presenti.
- Nel poliambulatorio complesso, presso l'ingresso principale è presente un servizio informazioni per il pubblico (adetto alle informazioni, punto di accoglienza, ecc.).

Equità d'accesso

- Devono essere chiare e trasparenti le modalità di prenotazione.
- Le prestazioni devono essere prenotabili attraverso il sistema CUP aziendale.
- Presenza di percorsi per l'accesso differenziato in rapporto alla gravità e all'urgenza.

- Deve essere possibile la riprenotazione in loco.
- Nel poliambulatorio complesso deve essere presente un punto di prenotazione all'interno della struttura.

Comfort

- Possibilità di pagare il ticket anche in assenza di addetti.
- Gli sportelli per la prenotazione delle prestazioni specialistiche sono dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file (macchina per la distribuzione dei numeri e display luminoso per la visualizzazione del numero).
- Gli ambulatori sono dotati di sala d'attesa con posti a sedere per gli utenti.
- Facilità di accesso a punti di ristoro.

Sicurezza

- Deve essere presente un piano per la sicurezza dei pazienti e degli operatori.
- Deve esistere un punto di accoglienza.
- Deve esistere una procedura di accoglienza del paziente, che prevede sia gli aspetti informativi, amministrativi e sanitari di accompagnamento del paziente fino all'eventuale prenotazione di ulteriori approfondimenti/prestazioni.

Struttura

- Esiste un responsabile sanitario di struttura. per almeno la metà dell'orario di apertura al pubblico).
- La responsabilità può essere delegata ad altri specialisti presenti, secondo un piano prestabilito.
- Vi è un medico responsabile per ogni attività clinica svolta.
- Il personale (medico, infermieristico, ausiliario, tecnico, amministrativo) è in numero adeguato agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività esercitata.
- Sono descritte le attività ambulatoriali svolte (catalogo dei prodotti).
- Nello standard di prodotto viene esplicitato:
 - caratteristiche tecniche,
 - standard di qualità (es. tempi di attesa/refertazione, ecc.),
 - indicatori e modalità di valutazione.
- Esiste un sistema di registrazione ed archiviazione dei dati di attività che consenta la rintracciabilità delle prestazioni svolte sui pazienti ed il recupero di informazioni cliniche, ove richiesto.
- È data evidenza di definizione, valutazione e tenuta sotto controllo della clinical competence dei professionisti che operano in ciascun ambulatorio specialistico.
Per attività specialistiche particolari deve essere data evidenza della competenza e del relativo mantenimento della competenza per lo svolgimento delle stesse (fascicoli individuali).

Ambulatorio dermatologico

Requisiti tecnologici

- Lampada (fonte luminosa o lampada da visita ambulatoriale)
- Lente
- Dermatoscopio

Se viene praticata solo attività chirurgica mininvasiva, si applicano solo i requisiti strutturali autorizzativi per l'ambulatorio medico.

Inoltre deve essere disponibile la presente attrezzatura:

- Diatermocoagulatore
- Ferri chirurgici
- Sterilizzatrice (anche in comune)
- Lavaferri (anche in comune)
- Carrello emergenze (anche in comune)

Se viene praticata crioterapia:

- Protossido d'azoto o azoto liquido

Ambulatorio oculistico

Requisiti tecnologici

- Lampada (fonte luminosa o lampada da visita ambulatoriale)
- Tonometro
- Frontifocometro
- Lampada a fessura
- Oftalmometro
- Optometro (ottotipo) per lettura da vicino
- Cassetta lenti con occhiali portalenti
- Tavole di Ishihara
- Retinoscopio a stecche per schiascopia con specchietto
- Lente di Volk
- Lente di Goldman

Se viene praticata attività chirurgica:

- Diatermocoagulatore
- Ferri chirurgici
- Sterilizzatrice (anche in comune)
- Lavaferri (anche in comune)
- Carrello emergenze (anche in comune)

Ambulatorio otorinolaringoiatrico

Requisiti tecnologici

- Audiometro o Camera per audiometria (nel caso vengano eseguiti tali esami)
- Impedenzometro (nel caso vengano eseguiti tali esami)
- Aspiratore, Apparecchio termico al quarzo, Specchietti, Speculi ed altri strumenti comuni per la specialità

Se viene praticata attività chirurgica:

- Diatermocoagulatore
- Ferri chirurgici
- Sterilizzatrice (anche in comune)
- Lavaferri (anche in comune)
- Carrello emergenze (anche in comune)

Ambulatorio odontoiatrico

Requisiti tecnologici

- Sgabello per odontoiatra
- Riunito odontoiatrico con poltrona + terminali/manipoli
- Apparecchio Rx endorale
- Diafanoscopio
- Frigorifero per materiali a disposizione
- Strumenti e materiali per estrazione
- Strumenti e materiali per conservativa
- Strumenti e materiali per terapia canalare
- Strumenti e materiali per microchirurgia
- Strumenti e materiali per anestesia
- Strumenti e materiali per protesica
- Strumenti e materiali per ortodonzia
- Strumenti e materiali per endodonzia
- Sterilizzatrice (anche in comune)
- Lavaferri (anche in comune)
- Carrello emergenze (anche in comune)

Requisiti organizzativi

Presenza di almeno un assistente alla poltrona.

Controlli di efficacia dei processi e di funzionalità della sterilizzatrice.

Clinical competence

Il professionista deve dare evidenza della competenza acquisita nell'ambito della ortodonzia e della protesica se tale attività viene effettuata.

Ambulatorio endocrinologico/diabetologico

Requisiti tecnologici

- Diafanoscopio
- Bilancia con statimetro
- Glucometro

Devono essere soddisfatti i requisiti organizzativi previsti dalle Linee guida regionali per la gestione integrata del paziente con diabete mellito di tipo 2.

Punto prelievi

Requisiti tecnologici

- Materiale per prelievi
- Poltrona prelievi reclinabile
- Carrello di supporto materiale
- Sgabello operatore
- Carrello per l'emergenza (anche in comune)

Requisiti organizzativi

Deve esserci un medico nella struttura in cui il punto prelievi è collocato

NOTA

Per gli ambulatori:

- Ambulatorio pneumologico
- Ambulatorio ecografico
- Ambulatorio cardiologico
- Ambulatorio pediatrico
- Ambulatorio chirurgico
- Ambulatorio endoscopico
- Ambulatorio fisiatrico

si vedano i requisiti di accreditamento già deliberati; per gli ambulatori non elencati che effettuano visite, verranno applicati i requisiti relativi all'ambulatorio medico.

Cure domiciliari

Le cure domiciliari devono dare una risposta alle persone (adulti e bambini) non autosufficienti o in condizioni di fragilità (affetti da patologie croniche, riacutizzazioni, patologie in fase terminale, portatori di gravi disabilità, dimessi da strutture sanitarie o residenziali, ecc.) integrandosi con i Servizi sociosanitari e sociali.

Le cure domiciliari integrate si definiscono come una modalità di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale che garantisce:

- interventi medici, infermieristici, riabilitativi necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale, migliorare la qualità della vita;
- supporto alle persone che assistono ("caregiver");
- interventi di aiuto alle attività di vita quotidiana;

Le cure domiciliari in ambito sanitario, devono essere considerate una risposta essenziale per l'emergente domanda di salute di una popolazione con bisogni sempre più complessi.

Per individuare il livello di complessità assistenziale è necessaria una valutazione per identificare i bisogni assistenziali sanitari e sociali dei possibili fruitori delle cure domiciliari.

Qualora siano identificati bisogni assistenziali complessi deve essere attivata una valutazione:

- multidimensionale e multiprofessionale dello stato funzionale della persona e della sua situazione sociale ed abitativa, in integrazione con gli operatori dei servizi sociali; utilizzando strumenti valutativi condivisi ed omogenei
- finalizzata alla stesura di piani personalizzati di assistenza (PAI),
- che individui un responsabile "case manager" nell'ambito dell'équipe assistenziale.

Per garantire una modalità assistenziale complessiva, tale da non considerare l'intervento domiciliare come un episodio assistenziale a se stante e per superare la frammentarietà di diversi episodi di cura, l'integrazione tra territorio e ospedale, la rete dei servizi sanitari e sociali territoriali e tra professionisti, risulta essere elemento imprescindibile.

L'accesso e la continuità delle cure, richiede un punto di raccolta integrato (sanitario e sociale) della domanda di assistenza posto nei NCP.

Tale punto di accesso è il luogo di attivazione dei percorsi di presa in carico, e punto di riferimento e orientamento per utenti e famiglie, MMG e PLS, operatori sanitari (delle diverse unità operative sia ospedaliere che territoriali), servizi sociali e associazioni di volontariato.

Quando l'accesso non avviene attraverso un punto di raccolta integrato, deve essere garantito un collegamento funzionale con lo sportello sociale.

Chi opera in tali contesti deve essere in grado di indirizzare i pazienti al servizio della rete assistenziale più idoneo.

Le funzioni prioritarie da svolgere, pertanto, sono l'accoglienza, la valutazione della domanda e l'avvio della presa in carico.

Requisiti strutturali

- Sede con accesso diretto e senza barriere architettoniche
- Spazio/locale per la gestione delle richieste di cure domiciliari, anche telefoniche, di facile accesso, con garanzia per la privacy
- Locale per gli infermieri
- Locale per il coordinatore assistenziale
- Sala d'attesa anche in comune
- Sala riunioni (incontri multiprofessionali, valutazione/discussione casi, briefing, ecc.) anche in comune
- Adeguati spazi per deposito materiale in uso (zaini/borse con materiale sanitario, armadi farmaci, ecc.)
- Spazio per archivio
- Spogliatoi e area relax
- Disponibilità di parcheggi e/o garage, per le auto di servizio, in prossimità della sede

Requisiti tecnologici/strumentali

- Strumenti tecnologici per l'informatizzazione della documentazione sanitaria con la possibilità di connessione con la rete aziendale.
- Utilizzo di software per:
 - gestione e documentazione dei processi sanitari e sociosanitari,
 - pianificazione dell'assistenza,
 - continuità informativa, implementazione e utilizzo dati,
 - costruzione di indicatori quali-quantitativi,
 - accesso alle banche dati e ai flussi informativi sanitari e sociali,
 - risposta al debito informativo regionale e nazionale.
- Disponibilità di mezzi di trasporto, con caratteristiche che rispettino le normative di sicurezza sul lavoro, in un numero pari al numero dei professionisti che accedono contemporaneamente ai domicili dei pazienti.
- Borse, zaini, frigo portatili (con controllo della temperatura), ecc., adeguati al trasporto del materiale e degli strumenti sanitari, nel rispetto delle normative di sicurezza sul lavoro e almeno in un numero pari al numero dei professionisti che accedono contemporaneamente ai domicili dei pazienti.
- Telefono cellulare ad ogni infermiere impegnato nell'assistenza domiciliare per una comunicazione immediata.
- Strumenti, ad uso infermieristico/fisioterapico, che permettano semplici trattamenti e indagini diagnostiche (macchina fotografica/cellulare, ECG portatile, glucometro, flebo in contenitori leggeri, ecc.).

Requisiti organizzativi

- Utilizzo di procedure per l'accesso e la valutazione di presa in carico dei pazienti/parenti.
- Utilizzo delle procedure per garantire la continuità assistenziale con le unità operative ospedaliere e per l'attivazione di reciproche consulenze.
- Utilizzo delle procedure di collegamento con medici di continuità assistenziale, MMG, medici specialisti, servizi sociali, strutture di cure intermedie, volontariato.
- Utilizzo di strumenti integrati per la valutazione multidimensionale, la presa in carico, la stesura del piano assistenziale e la verifica degli obiettivi raggiunti.
- Utilizzo di una cartella integrata informatizzata.
- Utilizzo di procedure e protocolli condivisi a livello aziendale relativi all'assistenza domiciliare.
- Utilizzo dei protocolli aziendali relativi al controllo del dolore.
- Presenza del programma degli interventi manutentivi dei mezzi di trasporto.

Ospedali di comunità

Gli Ospedali di Comunità (OsCo) sono finalizzati ad ottenere specifici obiettivi sanitari, attraverso modelli assistenziali intermedi tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione, in particolari tipologie di pazienti che prolungherebbero, senza particolari utilità, la durata di un ricovero ospedaliero e potrebbero essere trattate appropriatamente anche al di fuori dell'ospedale, ma non a domicilio.

L'assistenza viene erogata utilizzando i Letti intermedi territoriali sanitari a gestione infermieristica ed organizzati per moduli assistenziali, di norma, dai 15 ai 20 posti letto.

I criteri di accesso a tale struttura riguardano:

- **pazienti, prevalentemente anziani provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa**, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa
- **pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio per la presenza di** riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, comunque non meritevoli di ricovero presso ospedale per acuti
- **pazienti che necessitano di assistenza infermieristica nelle ADL**, nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi non erogabili a domicilio, monitoraggi che richiedono una sorveglianza continua o quasi continua, anche se non di tipo intensivo; necessità di formazione/educazione/addestramento del paziente e del caregiver prima dell'accesso a domicilio.
- **pazienti che necessitano di riattivazione motoria o di supporto riabilitativo-rieducativo respiratorio o di altro organo/distretto**

Criteri di esclusione:

- Pazienti con instabilità clinica cardio-vascolare o neurologica
- Pazienti in fase di terminalità
- Pazienti che richiedono assistenza medica continuativa
- Pazienti che necessitano di inquadramento diagnostico

I casi vengono proposti per il ricovero al responsabile dell'Ospedale di Comunità, secondo i modelli organizzativi vigenti nelle aziende sanitarie, da:

- MMG per il paziente a domicilio non in ADI (anche in comunità alloggio, ...)
- infermiere/MMG dell'ADI per i pazienti in ADI
- medico ospedaliero/territoriale, infermiere case manager/infermiere di continuità assistenziale, équipe di dimissione protetta ecc. se il paziente è ricoverato in ospedale.

La richiesta di accesso avviene attraverso l'invio all'OSCO utilizzando la scheda di proposta di ricovero regionale che viene valutata, da parte del case manager dell'OsCo e del Responsabile Infermieristico di Struttura, ai fini della possibilità di accoglienza in struttura.

La durata della degenza non deve superare, di norma, le 6 settimane.

Requisiti strutturali

Oltre ai requisiti autorizzativi, l'area della degenza deve possedere, di base, i requisiti di accreditamento previsti per le strutture di Medicina Interna, ulteriori requisiti devono essere soddisfatti in funzione della tipologia dei pazienti ricoverati.

Requisiti tecnologici

Per garantire alcune attività diagnostiche e di monitoraggio, la struttura deve disporre di almeno:

- defibrillatore
- 1 elettrocardiografo portatile/telemedicina
- un numero di pulsossimetri pari ai 2/3 delle degenze previste
- 1 ecografo portatile per la diagnostica di primo livello

Se la struttura è lontana da centri diagnostici di riferimento può essere dotata di strumenti diagnostici di primo livello (es POCT).

Le attrezzature, gestite dal personale infermieristico, devono essere collegate a un sistema di telemedicina per la lettura dei referti da parte di centri specialistici

In relazione al Piano Individuale di Assistenza, la struttura deve poter disporre di eventuali ulteriori attrezzature/presidi utili al processo assistenziale.

Al fine di realizzare anche attività di riabilitazione cardiorespiratoria e motoria ogni OsCo deve essere dotato di idonei locali attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative.

Requisiti organizzativi

Per ogni paziente che accede all'Ospedale di Comunità deve essere disponibile il Piano Individuale di Assistenza (PIA).

La responsabilità del modulo è in carico ad un dirigente infermieristico con funzioni gestionali, organizzative e di programmazione delle figure professionali necessarie per rispondere ai programmi individuali di assistenza come fisioterapisti, psicologi, infermieri referenti sul territorio del paziente (infermieri di comunità o case manager delle cure domiciliari), assistenti sociali, caregiver, ecc., oltre che dei MMG o degli specialisti che hanno inviato i pazienti nella struttura.

Oltre al dirigente infermieristico, ai fini della sicurezza, deve essere prevista la presenza continuativa di infermieri sulle 24 ore, 7 giorni la settimana, coadiuvati dagli OSS con un mix e numerosità rispondenti alle reali necessità e bisogni assistenziali dei pazienti; devono inoltre essere presenti altri professionisti quando necessario. Se le necessità assistenziali sono di tipo riabilitativo, dovrà essere presente personale idoneo a soddisfare tali necessità.

L'OsCo deve prevedere la presenza dell'Infermiere case-manager il quale mantiene le relazioni tra il paziente e la sua famiglia e i servizi domiciliari in modo da predisporre l'assistenza e gli ausili eventualmente necessari una volta che il paziente tornerà al domicilio.

L'assistenza medica negli OsCo è garantita dai MMG curanti dei pazienti ricoverati o da altro personale medico individuato dall'Azienda sanitaria, che si coordinano con il personale infermieristico della struttura e sulla base di quanto previsto dal Piano assistenziale integrato.

La consulenza medica notturna e pre-festiva e festiva viene garantita dal Servizio di Continuità Assistenziale, salvo accordi locali.

In fase di accesso e di dimissione presso gli Ospedali di Comunità il medico curante e l'infermiere Case Manager effettuano la valutazione multidimensionale per individuare gli obiettivi assistenziali e terapeutici conseguibili, il tempo previsto per il raggiungimento dei risultati attesi e il team per la costruzione del PAI.

Devono esistere procedure per la gestione dei pazienti provenienti dalle Strutture residenziale Territoriale o che non siano seguiti dal proprio MMG.

Devono esistere procedure per la gestione delle urgenze e della assistenza medica notturna, prefestiva e festiva.

Devono essere definite le interfacce e le procedure per la gestione della dimissione del paziente al domicilio.

Devono essere definite le tipologie di analisi che possono essere eseguite con il sistema POCT in accordo al Laboratorio di riferimento.

Devono essere garantite alcune attività diagnostiche e di monitoraggio, utili a un primo inquadramento e monitoraggio clinico dei pazienti.

Devono essere svolte attività educative e di addestramento del paziente e del caregiver nelle attività di autoassistenza ed autocura.

I dati di attività confluiscono nel flusso Cure intermedie.

Acquisizione Servizi

Devono essere definiti accordi con i servizi di supporto quali:

- laboratorio analisi anche relativamente alla gestione del POCT
- radiologia
- medicina fisica e riabilitativa
- servizio dietetico
- servizio sociale

Indicatori di monitoraggio degli Ospedali di Comunità

Sono rilevati i seguenti indicatori per i quali dovranno essere definiti standard di riferimento.

Indicatori di processo

- Tasso di ricovero della popolazione 65-74 anni e ultra75enne
- Tasso di ricovero in ospedale per acuti durante la degenza in OsCo
- Degenza media in OsCo
- Degenza oltre le 6 settimane, N. di outlier
- N. pazienti inviati da MMG
- N. pazienti inviati da strutture territoriali residenziali
- N. pazienti inviati da ospedali

Indicatori di esito

- Tasso di re-ricovero in OsCo per qualsiasi diagnosi a 30 giorni 65-74 anni e ultra75enni
- Tasso di re-ricovero in ospedale per acuti entro 30 giorni dalla degenza in OsCo
- Mortalità durante il ricovero in OsCo
- Mortalità entro le 72 ore dall'ingresso in OsCo
- N. delle cadute in OsCo
- N. delle lesioni cutanee insorte in OsCo e i Delta del valore del Push Tool quando insorge la lesione e alla dimissione, Push Tool all'ingresso quando era già presenti all'ingresso
- N. delle misurazioni delle valutazioni entro le 24 ore del dolore e i Delta del dolore
- N. di pazienti e caregiver che acquisiscono conoscenze e le capacità di self care (certificazione)
- Misurazione all'ingresso e alla dimissione, dagli Ospedali di Comunità, della intensità/ complessità assistenziale o della fragilità

QUALIFICAZIONE DEI PERCORSI E SERVIZI EROGATI

Si individuano come percorsi da mettere sotto controllo con opportune modalità (audit, indicatori) i seguenti percorsi.

Accesso all'attività dei servizi

- PUA
- Dimissioni protette

Attività

- Assistenza domiciliare integrata

Percorsi clinico assistenziali validati in ambito regionale

- Gestione integrata diabete
- Percorso scompenso cardiaco
- Percorso nascita
- Percorso Disturbi cognitivi
- Percorso TAO se attivato
- Percorso BPCO se attivato

INDICATORI

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (rilevazione, analisi e interpretazione dei dati)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
-------------	---	---	-----------	-------------------------	--	---------------	--	--

INDICATORI DIPARTIMENTO								
Attivazione dei percorsi clinico assistenziali attraverso il coinvolgimento dei MMG e dei PLS	n° di percorsi Clinico assistenziali che coinvolgono più del 50% dei MMG-PLS/sul n° totale dei percorsi implementati		Valutazione del livello di adesione dei MMG e dei PLS ai percorsi clinico assistenziali	• 4	Direzione del Dipartimento	Questionario on line		Monitoraggio regionale attività NCP
Disponibilità dei dati paziente in rete orizzontale all'interno dei NCP	n° dei NCP nei quali almeno l'80% dei cittadini è in carico a medici in rete orizzontale/n° totale dei NCP		Continuità dell'assistenza	100% entro 5 anni dall'adozione del documento	Direzione del Dipartimento	Sistema informativo Cure Primarie		Monitoraggio sviluppo dei Nuclei
Sviluppo integrato delle competenze	n° dei NCP che hanno effettuato interventi formativi multiprofessionali di nucleo/n° tot dei NCP		Integrazione tra i professionisti finalizzata alla realizzazione del progetto/obiettivi clinico-assistenziali comuni	100%	NCP Direzione del Dipartimento	Sistema informativo della formazione		Piano Aziendale Formativo

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICO- LAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (rilevazione, analisi e interpretazione dei dati)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
-------------	--	---	-----------	-------------------------	---	------------------	---	--

Attività vaccinale antinfluenzale dei MMG	n° di ultra 64enni vaccinati dai MMG / n° totale degli assistiti ultra 64enni in carico agli MMG		Valutazione del contributo del MMG nella attuazione della campagna vaccinale	65%	MMG NCP Direzione del Dipartimento	Sistema informativo Cure primarie/Sanità pubblica	L'indicatore può essere valutato ai diversi livelli: individuale, NCP, e Dipartimentale	Sanità pubblica
Incidenza delle TAD sugli ultra 74enni	n° TAD attivate nell'anno per assistiti ultra 74enni/ n° di assistiti con più di 74 anni		Copertura assistenziale domiciliare		NCP Direzione del Dipartimento	SIADI	L'indicatore può essere valutato ai diversi livelli: NCP, e Dipartimentale	
Incidenza dei contratti ADI	n° di ADI attivate/n° totale dei contratti (ADI, ADP, ADR)		Valutazione presa in carico integrata		NCP Direzione del Dipartimento	SIADI	L'indicatore può essere valutato ai diversi livelli: NCP, e Dipartimentale	

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (rilevazione, analisi e interpretazione dei dati)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
Prevenzione secondaria pazienti post IMA	<p>Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti dopo la dimissione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - beta-bloccanti - statine - antiaggreganti - ACE inibitori/sartani <p>Percentuale di pazienti dimessi per IMA che nell'anno successivo alla dimissione hanno effettuato almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - visita cardiologica - test creatinina - profilo lipidico 		Appropriatezza del trattamento	>90%	MMG NCP Dipartimento Regione	Profili di cura dei nuclei di cure primarie		

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICO- LAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (rilevazione, analisi e interpretazione dei dati)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
Gestione/ Prevenzione secondaria scoperto	<p>Percentuale di pazienti dimessi per scoperto ai quali sono stati prescritti dopo la dimissione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - beta-bloccanti - ACE inibitori/sartani <p>Percentuale di pazienti dimessi per scoperto che nell'anno successivo alla dimissione hanno effettuato almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - test elettroliti - test creatinina 		Appropriatezza del trattamento	>90%	MMG NCP Dipartimento Regione	Profili di cura dei nuclei di cura primarie		

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICO- LAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (rilevazione, analisi e interpretazione dei dati)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
Gestione del paziente diabetico di tipo 2 nc	n° dei pazienti diabetici di tipo 2 nc in gestione integrata/n° totale dei pazienti diabetici di tipo 2 n° determinazioni di emoglobina glicosilata e n° di determinazioni di microalbuminuria/ n° pazienti in gestione integrata		Appropriatezza del setting assistenziale			Registro di patologia, Sistema Informativo Specialistica Ambulatoriale (ASA) Profili di Nucleo		
Condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale ACSC (Ambulatori Care Sensitive Conditions)	Tasso di ospedalizzazione standardizzato, n. di ricoveri e n. di pazienti con 2 o più ricoveri per le condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale (ACSC)		Efficacia della risposta assistenziale del territorio	Trend in decremento rispetto al valore dell'anno precedente		Sistema Informativo Regionale Profili di Nucleo	L'indicatore può essere valutato ai diversi livelli: NCP, Dipartimentale	

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTI DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (rilevazione, analisi e interpretazione dei dati)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
-------------	---	---	-----------	-------------------------	--	---------------	--	--

INDICATORI CONSULTORIO FAMILIARE								
Utilizzo del consultorio da parte della popolazione straniera	N° di utenti stranieri che accedono annualmente/ sul totale della Utenza annuale		Valutazione della incidenza della popolazione straniera sul totale dell'utenza	Stabilito localmente	Professionisti, Direzioni Aziendali e Regionali	SICO		SICO
Utilizzo del consultorio e appropriatezza	N° totale di accessi annuali/popolazione target		Permette di effettuare valutazioni di tipo gestionale di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse	Da definire	Professionisti, Direzioni Aziendali e Regionali	SICO	raccolto anche per professionalità escluse attività di educazione sanitaria, comprende tutte le attività cliniche assistenziali, il denominatore corrisponde alla popolazione di età 15-64 anni	SICO
Percorso nascita - Presa in carico	N° gravide prese in carico/ totale nati del distretto di riferimento		Valuta la capacità di accoglienza e presa in carico sul percorso nascita	Da definire	Professionisti, Direzioni Aziendali e Regionali	SICO	Denominatore: Nati vivi da residenti Presa in carico corrisponde alla Gravida con prima visita del ginecologo come da protocollo Day service (Del.1097/2011)	SICO

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICO- LAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (rilevazione, analisi e interpretazione dei dati)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
Appropriatezza dell'assistenza	N° gravide assistite prevalentemente dall'ostetrica/n° totale gravide a basso rischio assistite		Misurazione della applicazione delle Linee guida	• 80%	Professionisti, Direzioni Aziendali e Regionali	Locale	Prevalentemente = gravide visitate per almeno 4 volte dall'ostetrica, dato rilevato dal SICO o dalla chiusura del Day Service ostetrico	
Appropriatezza /continuità dell'assistenza	N° utenti puerpere/totale nati del Distretto di riferimento		Incidenza dell'assistenza al puerperio	• alla percentuale di gravide prese in carico	Professionisti, Direzioni Aziendali e Regionali	SICO ISTAT	Denominatore: Nati vivi del Distretto Numeratore: Utenti per puerperio e/o allattamento	SICO
Percorso nascita	N° di utenti dei corsi nascita/totale dei nati da residenti		Misura l'accessibilità ai corsi nascita	Media regionale	Professionisti, Direzioni Aziendali e Regionali	SICO		
Promozione salute adolescenti	N° ore di educazione sessuale agli adolescenti/ popolazione target		Misura le ore dedicate	Media regionale	Professionisti, Direzioni Aziendali e Regionali	SICO		
Promozione salute adolescenti	N° utenti degli spazi giovani/popolazione target 14-19		Accessibilità spazi giovani	Media regionale	Professionisti, Direzioni Aziendali e Regionali	SICO		SICO

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTI DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (rilevazione, analisi e interpretazione dei dati)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
-------------	---	---	-----------	-------------------------	--	---------------	--	--

Promozione salute sessuale e riproduttiva	N° utenti per contraccezione/ popolazione target; per fasce d'età			Media regionale	Professionisti Direzioni Aziendali e Regionali Stakeholder	SICO	adolescenza 14-19 e giovane adulto 20- 34 adulto 35- 49	
Percorso nascita-allattamento	N° di donne che allattano al seno almeno nei primi tre e sei mesi/N° nati del distretto di riferimento		Valutazione qualità assistenza prenatale e post natale	Indicatori UNICEF	Professionisti Direzioni Aziendali e Regionali Stakeholder	Anagrafe Vaccinale	Considerare solo l'allattamento completo (esclusivo + predominante)	Rilevazione triennale APEC (In previsione Bilancio di Salute con rilevazione annuale)
Valutazione principali percorsi assistenziali	N° di audit eseguiti negli ultimi 4 anni in riferimento all'applicazione dei percorsi: gravidanza fisiologica, gravidanza multiproblematica e IVG		Verificare l'attitudine alla valutazione continua	Almeno un audit per percorso eseguito negli ultimi 4 anni	Professionisti – direzioni sanitarie	Locali		
Attivazione percorso nascita	N° gravide seguite in équipe multiprofessionale/ casi assistiti in CF		Appropriatezza del setting assistenziale	100%	Professionisti Direzioni Aziendali e Regionali Stakeholder	SICO		SICO

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (rilevazione, analisi e interpretazione dei dati)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
-------------	---	---	-----------	-------------------------	--	---------------	--	--

Percorso IVG Gestione del percorso definito dalla Legge 194/78	N° IVG farmacologico / totale IVG effettuate dalle residenti distretto e azienda N° controlli post IVG eseguiti in CF		Applicazione protocolli regionali e nazionali	Da definire	Professionisti, Direzioni Aziendali e Regionali Stakeholder	Banca dati IVG regionale SICO		SICO Dati Consultori familiari Report regionale IVG
Promozione al benessere	N° utenti coinvolti in iniziative di promozione alla salute/ popolazione target 20-65		Valutazione degli interventi proattivi	Media regionale	Professionisti, Direzioni Aziendali e Regionali Stakeholder	SICO	Le modalità d'intervento possono rendere molto diversi il numero delle persone coinvolte (peer education)	
Assistenza psicologica	N° utenti per psicologia/ popolazione target		valutazione della copertura sulla popolazione	Media regionale	Professionisti, Direzioni Aziendali e Regionali Stakeholder	SICO	Popolazione target: fascia d'età 15-64 maschi e femmine	Dati attività Consultori familiari regionale

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (rilevazione, analisi e interpretazione dei dati)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
Assistenza psicologica	n° prestazioni psicologiche per area di interesse/ sul totale delle prestazioni		Valutazione tipo di attività psicologica svolta in consultorio	Salute riproduttiva, sessuologia, e problematiche relazionali di coppia > del 60%	Professionisti, Direzioni Aziendali e Regionali Stakeholder	SICO	Indicare le aree principali: adozioni /affido sessuologia problematiche psico-relazioni – distinguere tra disagio personale e problematiche relazionali di coppia, compreso separazione e divorzio-salute riproduttiva (nascita-sterilità, menopausa, IVG, ...)	SICO

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Tiziano Carradori, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2015/78

data 28/01/2015

IN FEDE

Tiziano Carradori

omissis

L'assessore Segretario: Costi Palma

Il Responsabile del Servizio

Affari della Presidenza