

Azienda Unità Sanitaria Locale n. 6  
Sanluri

Deliberazione

442

adottata in data

11 OTT. 2007

Oggetto: adozione regolamento aziendale "IL PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO".

---

IL DIRETTORE GENERALE

Coadiuvato dal Direttore Amministrativo Dr. Luciano Oppo  
Coadiuvato dal Direttore Sanitario Dr. Marco Sulcis

Tenuto conto che:

Il Responsabile del Servizio Medicina di Base

- visto l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art.8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
- visto il D.P.R. n. 270 del 28 luglio 2000 articoli 14 e 15 bis;
- atteso che con atto deliberativo del Direttore Generale è stato costituito il Gruppo di Lavoro per l'elaborazione di un regolamento interno relativo all'oggetto;
- considerato che il Gruppo di Lavoro ha predisposto il regolamento interno sottoponendolo a discussione nell'incontro allargato che si è tenuto in data 27 giugno 2007 con tutti i medici di MG/Pediatri, medici di Guardia Medica e Specialisti Ambulatoriali;
- considerato inoltre, che in data 3 luglio 2007, si è riunito il Tavolo Tecnico composto dai Rappresentanti Sindacali dei MMG - PLS - GM - MS e medici Ospedalieri per acquisire le risultanze emerse nell'incontro del 27 giugno ed apportare le opportune modifiche al Regolamento Interno;
- visto il Verbale del Tavolo Tecnico allegato al presente atto (1 allegato composto da 2 fogli);

Propone:

- Di approvare il Regolamento Interno denominato "IL PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO" allegato al presente atto per farne parte integrante (1 allegato composto da 15 fogli);
- Di istituire un apposito ufficio di monitoraggio per l'applicazione del Regolamento Interno;
- Di implementare il Comitato di Controllo per l'appropriatezza con tutte le componenti mediche interessate, preposto alla valutazione delle segnalazioni e alle eventuali proposte di intervento e valutazione delle medesime proposte;
- Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

## DELIBERA

Per i motivi esposti in premessa:

- Di approvare il Regolamento Interno denominato "IL PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO" allegato al presente atto per farne parte integrante (1 allegato composto da 15 fogli);
- Di istituire un apposito ufficio di monitoraggio per l'applicazione del Regolamento Interno;
- Di implementare il Comitato di Controllo per l'appropriatezza con tutte le componenti mediche interessate, preposto alla valutazione delle segnalazioni e alle eventuali proposte di intervento e valutazione delle medesime proposte;
- Di demandare il Servizio Medicina di Base per i provvedimenti di competenza.

Il Direttore Amministrativo  
Dr. Luciano Oppo

Il Direttore Generale  
Dr.ssa Savina Ortu

Il Direttore Sanitario  
Dr. Marco Sulcis

Il Responsabile del Servizio proponente Dr. Maurizio Locci

Il Responsabile del procedimento Sig. Giampaolo Medda  
Allegati n. 1\*

## CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata all'albo dell'Azienda Unità Sanitaria Locale n. 6 dal 11 Ottobre 2007 e che resterà in pubblicazione per 15 gg. consecutivi e che la stessa è stata posta a disposizione per la consultazione.

Trasmessa al Collegio Sindacale il 11 Ottobre 2007 con prot.n. 11233

La Segreteria Generale

*[Handwritten signature]*

<p>REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA Ass.to Igiene e Sanità</p> <p>Preso atto nella seduta del _____</p> <p>Con il n. _____</p>	<p>Divenuta esecutiva per decorrenza dei termini in seguito a pubblicazione all'albo dal _____ al _____</p> <p>senza reclami e invio all'Organo di controllo in data _____ prot. n. _____</p>
---	---



AZIENDA SANITARIA LOCALE SANLURI  
LA CONFERMO ALL'ORIGINALE  
Monica Deplano Delegata

11 OTT. 2007

# ASL 6 SANLURI



**MMG-PLS, MEDICINA SPECIALISTICA, OSPEDALE:**

**IL PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO**

---

## Le aree dell'assistenza

I **Livelli Essenziali di Assistenza** che il Sistema Sanitario Nazionale deve garantire, sono suddivisi in tre aree:

- **l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro**, che include tutte le attività che servono per mantenere una migliore qualità della vita di tutti i giorni. Sono qui incluse le cure contro le malattie infettive e parassitarie, le vaccinazioni, la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie, la tutela dai rischi connessi con gli ambienti di vita, gli inquinanti ambientali e gli infortuni sul lavoro, la sanità degli animali e degli alimenti, le certificazioni sanitarie necessarie per documentare l'assenza dal lavoro (tutti gli altri certificati di idoneità devono essere garantiti ma a pagamento);
- **l'assistenza distrettuale**, quella erogata dalle ASL e dai distretti sanitari. Questa comprende la medicina di base ambulatoriale e domiciliare, la guardia medica, l'emergenza, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza integrativa alimentare e quella per le persone con il diabete mellito, l'assistenza specialistica e diagnostica, l'assistenza protesica, l'assistenza domiciliare, le cure termali, l'attività sanitaria e di sostegno rivolta particolari categorie di persone: le donne, per la tutela della maternità o per l'interruzione della gravidanza, i disabili, le persone dipendenti da droghe o da alcool, le persone con malattie in fase terminale o con HIV, le persone anziane non autosufficienti, le persone con problemi psichiatrici;
- **l'assistenza ospedaliera**, il pronto soccorso, il ricovero ordinario, il day hospital ed il day surgery, l'ospedale domiciliare, la riabilitazione, la lungodegenza, i servizi di trasfusione e di trapianto di organi e tessuti.

La rete delle attività sanitarie è organizzata per stadi sempre più complessi al fine di poter erogare le prestazioni sanitarie in funzione delle reali necessità del paziente.

Le attività ambulatoriali possono prevedere, in alternativa al Ricovero Ordinario o al Day hospital, il Day Service ambulatoriale. Si tratta di un modello di organizzazione dell'assistenza, sia in ambito ospedaliero che all'interno degli ambulatori territoriali per assistere pazienti (diagnosi e terapia) che hanno bisogno di prestazioni multiple integrate e complesse (per esempio, visite specialistiche ed esami) ma non hanno bisogno di sorveglianza o osservazione medica continua.

Il regime di ricovero (Ordinario e Diurno) è previsto nei casi in cui sono necessari particolari accertamenti non eseguibili in ambulatorio ed un'osservazione continua del paziente. Il ricovero può essere di tipo urgente, programmato (anche con preospedalizzazione) e per trattamento sanitario obbligatorio.

L'assistenza a domicilio è un servizio organizzato per permettere alle persone ammalate, quando le condizioni cliniche e familiari lo consentono, di vivere il più possibile nel proprio ambiente, tra le persone care. È rivolta prevalentemente ad ammalati con patologie oncologiche ad uno stadio molto grave, ad ammalati con patologie croniche, a bambini con malattie croniche, a persone con gravi

d isabilità. È in rete con gli altri servizi sanitari sia ospedalieri che territoriali per garantire la continuità delle cure. Prevede piani personalizzati di cura adeguati alle singole esigenze.

La rete delle strutture residenziali socio-sanitarie è organizzata per consentire l'assistenza alle persone che non possono essere assistite in casa per le difficoltà da parte della famiglia o per l'elevato livello assistenziale di cui la persona malata ha bisogno. Si tratta di persone anziane, di persone disabili e di chi soffre condizioni di particolare disagio dovuto a tossicodipendenze o a malattie che possono essere invalidanti (come l'Aids) e di persone con disagio psichico. Il sistema di assistenza ha le sue basi fondamentali nell'integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali e nella valorizzazione di tutte le competenze e le risorse offerte dal territorio: le singole persone, le famiglie, i gruppi e le associazioni del volontariato. Nelle strutture residenziali sono dunque garantiti, oltre all'assistenza sanitaria e alla riabilitazione, i servizi per la cura della persona (per esempio, gli aiuti per l'igiene personale, per il movimento, per l'alimentazione) e la vita di relazione.

La rete di strutture residenziali comprende:

- Centri diurni
- Comunità alloggio
- Comunità terapeutiche
- Case protette
- Residenze sanitarie assistenziali (RSA)
- Residenze psichiatriche

Al fine di migliorare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse aziendali è necessario coordinare ed integrare l'attività delle cure primarie con l'attività specialistica, semplificando i percorsi assistenziali per assicurare la continuità dell'assistenza, la tempestività delle cure riducendo i tempi di risposta e facilitando l'accesso alle prestazioni.

Si intende migliorare la comunicazione tra le strutture e servizi pubblici ospedalieri e territoriali per assicurare un appropriato e agevole utilizzo di tutti i servizi sanitari aziendali.

## **1. RICOVERO URGENTE**

Il ricovero urgente è disposto dal medico di Pronto Soccorso quando giudica le condizioni del paziente tali da richiedere un'immediata assistenza in regime di ricovero.

**Come può avvenire**

- Per accesso diretto del paziente al P. Soccorso. Al pronto soccorso si devono rivolgere le persone che hanno bisogno di un intervento urgente o di emergenza, come situazioni di malori improvvisi, traumi o emorragie, non risolvibile dal medico di famiglia o dal pediatra. Qualora fosse necessario, ai fini di una anamnesi più completa, il medico di P.S. è tenuto a contattare il Medico di Assistenza Primaria del Paziente o altri Soggetti a conoscenza del caso.
- Su proposta del Medico di Guardia Medica
- Su proposta dei Medici del 118

- Su proposta del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta: questi ultimi provvederanno a contattare telefonicamente i Medici di P.S., avendo cura di inviare contemporaneamente, per mezzo del Paziente e/o suo accompagnatore, la richiesta di consulenza in urgenza corredata di relazione clinica comprensiva della eventuale terapia assunta a domicilio.
- Su proposta dello Specialista che avrà cura di contattare il reparto di riferimento e di fornire tutte le informazioni utili.

**N.B.** In caso di persistenza di dubbio diagnostico il Medico di P.S. attiverà precocemente il contatto diretto con i colleghi delle UU.OO. o Servizi di destinazione.

Il ricovero disposto dal P.S. dovrà essere corredato di Scheda di Ammissione correttamente compilata, preceduto possibilmente da un preventivo contatto telefonico o diretto con i Medici della Struttura di accoglienza.

**In caso di mancato ricovero, la dimissione dovrà essere disposta dal Medico del P.S. previo relativo referto di P.S. completo di diagnosi ed eventuali prescrizioni terapeutiche per le successive 48 ore. Eventuali controlli a distanza potranno essere consigliati.**

È tassativo fornire ogni documentazione relativa al ricovero debitamente firmata e vidimata dal timbro del Professionista e da quello della Struttura, compreso il recapito telefonico più utile (es. cellulare) ad una comunicazione diretta ed immediata.

## **2. RICOVERO PROGRAMMATO**

Il ricovero programmato ordinario è usato nei casi di malattie che richiedono interventi prevedibili o non urgenti e nei casi in cui sono necessari particolari accertamenti non eseguibili in ambulatorio.

Il ricovero ospedaliero programmato è disposto dallo specialista del reparto il quale, preso atto della richiesta/relazione clinica rilasciata dal Medico di MMG/PLS e/o di altro Specialista pubblico o convenzionato (ambulatoriale o ospedaliero), prescriverà, direttamente, gli accertamenti diagnostici preoperatori (in caso di intervento chirurgico o di procedure diagnostiche invasive) in regime di pre-ricovero, su apposito modulo prestampato bianco predisposto in collaborazione con la Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero.

La visita clinica e tali esami sono a carico della U.O. che erogherà la procedura conclusiva, sono esenti ticket e garantiti con la stessa corsia preferenziale riservata ai pazienti ricoverati.

Il personale infermieristico dovrà partecipare all'identificazione dei bisogni di salute della persona, identificare i bisogni di assistenza infermieristica pianificare e gestire l'intervento assistenziale avvalendosi, ove necessario, dell'opera del personale di supporto.

Nell'ambito del ricovero programmato sarà quindi cura del reparto:

- informare il paziente sulle decisioni che lo riguardano (compresa l'eventuale richiesta di consenso informato);

- prenotare gli accertamenti diagnostici programmati;
- inviare le richieste al Laboratorio Analisi e/o ad altre UU.OO. che le tratteranno a tutti gli effetti come richieste interne;
- programmare eventuale intervento chirurgico.

Gli esiti degli esami, pervenuti al reparto richiedente, saranno messi a disposizione degli anestesisti per la prevista visita anestesologica in caso di interventi chirurgici e, comunque, regolarmente inseriti nella cartella clinica personale aperta con il ricovero.

Le agende di prenotazione dei ricoveri programmati dovranno essere regolamentate da una procedura generale che preveda criteri espliciti per la definizione delle priorità d'accesso, con un sistema di controllo sull'utilizzo corretto, trasparente e appropriato delle agende e con possibilità di svolgere azioni di controllo anche da parte dei MMG ( DPCM 19/5/1995).

### 3. DIMISSIONE

La dimissione avviene al termine del percorso diagnostico-terapeutico seguito nel corso del ricovero. La dimissione non è un evento isolato, ma è un processo che deve essere pianificato prima possibile creando le condizioni attraverso le quali i pazienti ed i loro familiari siano in grado di contribuire alle decisioni da prendere

Modalità di dimissione dal reparto in funzioni del nuovo stato di salute del paziente:

Dimissione Ordinaria	a domicilio	senza ADI
		con ADI
c/o RSA o altra struttura socio-assistenziale		
Dimissione protetta <i>con completamento delle indagini post ricovero</i>		
Ospedalizzazione domiciliare		
Trasferimento ad altra U.O.		

#### 3.1. LA DIMISSIONE ORDINARIA

Il Medico di reparto, possibilmente lo stesso che ha seguito il paziente, è tenuto ad informare il suo assistito, eventualmente anche la sua famiglia, sullo stato di salute ottenuto e sullo stile di vita migliore da seguire in relazione al caso specifico.

Lo stesso Medico avrà cura di predisporre una relazione clinica indirizzata al Medico di Medicina Generale che indichi:

- a) la diagnosi d'ingresso



- b) la diagnosi alla dimissione gli accertamenti clinici effettuati (esami di Patologia Clinica, strumentali, etc.)
- c) le terapie eseguite
- d) la terapia di mantenimento proposta (indicando la molecola, in alternativa il nome del farmaco o scrivere “*equivalente*”, sempre nel rispetto delle note AIFA e delle indicazioni terapeutiche del farmaco medesimo)
- e) la durata della terapia
- f) l’eventuale nota AIFA
- g) il Piano Terapeutico ove previsto
- h) il calendario di eventuali controlli successivi

La relazione dovrà essere datata, firmata in modo leggibile e recare il timbro personale e del reparto con i relativi recapiti telefonici.

### **3.2. PRESCRIZIONI ALLA DIMISSIONE**

La prescrizione dei farmaci, che l’assistito dovrà assumere nelle 48 ore successive al giorno della dimissione, deve essere effettuata dal medico della U.O. ove è avvenuto il ricovero.

Per prescrizioni che prevedano farmaci con nota AIFA, rivolte a pazienti che non risultino affetti dalla specifica patologia di riferimento, è corretto avvisare il paziente che, non essendo il farmaco in questione prescrivibile con spesa a carico del SSN, il costo del farmaco è a carico dell’assistito.

Per la prescrizione dei farmaci alla dimissione del paziente:

- deve essere utilizzato il Ricettario a Lettura Ottica solo per i farmaci a carico del SSN;
- nel caso in cui l’assistito abbia la necessità dell’assistenza integrativa protesica il medico ospedaliero dovrà compilare l’apposito modulo;
- sia lo Specialista Prescrittore diretto che lo Specialista che “suggerisce” la terapia al Medico di Medicina Generale, individuabili attraverso timbro e firma leggibile, , dovranno redigere una relazione da consegnare al paziente che provvederà a consegnarla al proprio MMG.

Nel caso si debbano prescrivere analgesici stupefacenti, questi ultimi possono essere consegnati direttamente, per un massimo di tre giorni, ricorrendo alla disponibilità del reparto, scaricandoli puntualmente nell’apposito registro con nota di consegna alla dimissione.

E’ obbligo deontologico per tutti i medici possedere i Ricettari degli Stupefacenti.

Al fine di evitare aggravio della spesa farmaceutica aziendale, la sostituzione dei farmaci, assunti dal Paziente precedentemente al ricovero, deve avvenire solo se le nuove condizioni di salute rendono la scelta strettamente necessaria, è indicato concordare tale decisione con il Medico Curante.

Non esiste nella nostra regione quota di compartecipazione (tiket) ad eccezione della differenza tra il prezzo del farmaco generico e quello della corrispondente specialità.

Il cittadino è chiamato altresì, nel caso di prescrizione di farmaci PPI, a corrispondere la differenza tra il costo del Lansoprazolo e quello di altra molecola della classe terapeutica DGR n° 8/12 del 28/02/2007.

**N.B.** Viene rimarcato il divieto assoluto dell'utilizzo del ricettario a lettura ottica del SSN da parte dei Dirigenti Medici Ospedalieri durante lo svolgimento dell'attività libero professionale sia intra che extramoenia.

### **3.3. DISPENSAZIONE DIRETTA DEI FARMACI ALLA DIMISSIONE**

Ai sensi dell'art. 8 della legge 405/01, è attiva fin dal marzo del 2002, presso il Presidio Ospedaliero di San Gavino, la Dispensazione Diretta dei Farmaci in fascia A presenti nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero.

Dal giugno 2006 è stato attivato, per rendere più agevole il prelievo dei farmaci, uno sportello che permette ai pazienti in dimissione il ritiro dei farmaci necessari per il primo ciclo di terapia post-ospedalizzazione.

Il medico di reparto che dispone la dimissione provvederà ad indicare, nell'apposita modulistica predisposta, la molecola prescritta, le dosi e la durata del trattamento, la nota AIFA per patologia ed eventuale l'attivazione del Piano Terapeutico.

I farmaci potranno essere ritirati direttamente dal paziente o dai suoi familiari presso la Farmacia Ospedaliera ai seguenti orari:

<b>dal lunedì al venerdì</b>	<b>dalle 09,30</b>	<b>alle 16,30</b>
<b>il sabato</b>	<b>dalle 09,30</b>	<b>alle 13,00</b>

Tali farmaci saranno dispensati nella quantità necessaria al primo ciclo terapeutico e comunque almeno fino alla presa in carico del paziente da parte del proprio Medico di Medicina Generale.

### **DISPENSAZIONE DIRETTA DI FARMACI COMPRESI NEL PHT**

I Farmaci del PHT sono stati suddivisi, a seguito dell'accordo Regione-Federfarma in due distinti elenchi: Elenco A ed Elenco B.

I farmaci contenuti nell'elenco A sono dispensati direttamente dal Servizio Farmaceutico nei punti di distribuzione della Farmacia del Presidio Ospedaliero di San Gavino (tel. 070/9378215-252-283-218) e presso il Poliambulatorio di Sanluri (tel. 070/9359465-466-467-477).

I farmaci contenuti nell'elenco B sono distribuiti dalle farmacie convenzionate in nome e per conto dell'Azienda Sanitaria (DPC).

I Centri di Riferimento devono tenere un archivio cronologico con numerazione progressiva dei Piani Terapeutici rilasciati.

I Piani Terapeutici, stilati in triplice copia, dovranno essere trasmessi dal Centro Prescrittore, (che ne conserva copia), rispettivamente al Servizio Farmaceutico Territoriale di competenza (che può procedere direttamente alla consegna dei farmaci) e al Medico di Medicina Generale.

Le molecole di cui ai citati elenchi A e B sono evidenziate negli allegati successivi.

**PHT - ALLEGATO A**

A16AA01 LEVOCARNITINA
B01AB04 DALTEPARINA
B01AB12 BEMIPARINA
B01BB01 FIBRINOGENO UMANO
B02AB03 C1-INIBITORE
B02BD02 FATTORE VIII DI COAGULAZIONE
B02BD03 COMPLESSO PROTROMBINICO
B03XA01 ERITROPOIETINA alfa e beta
B03XA02 DARBEPOIETINA ALFA
D01AD01 TRETINOINA
G03BA03 TESTOSTERONE
G03GA02 GONADOTROPINA UMANA
G03GA04 UROFOLLITROPINA
G03GA05 FOLLITROPINA ALFA
G03GA06 FOLLITROPINA BETA
G03GA07 LUTROPINA ALFA
H01AC01 SOMATROPINA
H01CA01 GONADORELINA
H01CB02 OCTREOTIDE
H01CB03 LANREOTIDE
J05AB06 GANCICLOVIR
J05AB11 VALACICLOVIR
J05AB14 VALGANCICLOVIR
J05AF05 LAMIVUDINA
J06BB01 IMMUNOGLOBULINA ANTI-D (RH)
L03AA02 FILGRASTIM
L03AA10 LENOGRASTIM
L03AA13 PEGFILGRASTIM
L03AB06 INTERFERONE ALFA-N1
L03AB09 INTERFERONE ALFA CON -1
L03AB10 PEGINTERFERONE ALFA-2B
L03AB11 PEGINTERFERONE ALFA-2A
L04AA05 TACROLIMUS
L04AA10 SIROLIMUS
N05AH02 CLOZAPINA
N07BB04 NALTREXONE
N07BC02 METADONE
P01CX01 PENTAMIDINA ISETIONATO
V03AC01 DEFEROXAMINA
V03AE02 SEVELAMER
V03AF03 CALCIO FOLINATO

**PHT - ALLEGATO B (DPC)**

A10AE04 INSULINA GLARGINE
A10BG02 ROSIGLITAZONE
A10BG03 PIOGLITAZONE
B01AB05 ENOXAPARINA *
B01AB06 NADROPARINA *
B01AB07 PARNAPARINA *
B01AB08 REVIPARINA *
B01AC04 CLOPIDOGREL
H01BA02 DESMOPRESSINA
L02AE01 BUSERELINA
L02AE02 LEUPRORELINA
L02AE03 GOSERELIN
L02AE04 TRIPTORELINA
L02BB01 FLUTAMIDE
L02BB03 BICALUTAMIDE
L03AB01 INTERFERONE ALFA NATURALE
L03AB04 INTERFERONE ALFA-2A
L03AB05 INTERFERONE ALFA-2B
L04AA13 LEFLUNOMIDE
N05AH03 OLANZAPINA
N05AH04 QUETIAPINA
N05AX08 RISPERIDONE
N05AX12 ARIPIPRAZOLO
N06DA02 DONEPEZIL
N06DA03 RIVASTIGMINA
N06DA04 GALANTAMINA
N07BC02 METADONE

\* Le eparine a basso peso molecolare seguono la DPC nei casi di Trombosi Venosa Profonda in chirurgia generale ed ortopedia.

**Distribuzione in nome e per conto dei farmaci PHT.** In data 1 settembre 2006 è stato sottoscritto a livello regionale un accordo tra tutte le Aziende Sanitarie, la Regione Sardegna, Federfarma Sardegna ed i distributori intermedi in applicazione della DGR 5/18 del 8 febbraio 2006 .

Tale accordo a valenza regionale ha previsto l'avvio del progetto sperimentale riguardante la distribuzione in nome e per conto (DPC) del Servizio Sanitario Regionale, per un periodo di due anni, dei farmaci del PHT, tramite le farmacie convenzionate con le Aziende Sanitarie.

I farmaci che verranno erogati in DPC sono quelli riportati nell'elenco B dell'accordo quadro, riportati nella tabella precedente.

Rientrano in questa forma di sperimentazione i soli pazienti residenti in Sardegna, per i non residenti continuano a rimanere invariate le modalità di erogazione dei farmaci.

I medici dovranno **completare con la dicitura "DPC" le ricette SSN compilate, che dovranno contenere esclusivamente i farmaci ricompresi nell'allegato B.**

Si vuole anche ricordare quali sono i formalismi da espletare per la compilazione delle ricette SSN per tali farmaci:

- i Centri di Riferimento individuati dalle Regioni e dalle Provincie Autonome di Trento e di Bolzano rilasciano al paziente un Piano Terapeutico contenente diagnosi e terapia;
- il paziente consegna l'originale direttamente al proprio Medico di Medicina Generale o al Pediatra;
- il medico è tenuto a conservare il Piano Terapeutico ed a compilare la ricetta secondo il medesimo Piano Terapeutico che ha una validità limitata in base a quanto indicato nelle note AIFA;
- si confida nella massima collaborazione nel distinguere quelle specialità contenenti i principi attivi elencati nell'allegato B;
- la dicitura DPC dovrà essere apposta nello spazio dedicato alla prescrizione.

Il paziente, con la ricetta SSN così compilata si recherà in farmacia, per la prenotazione ed il ritiro delle confezioni prescritte per un massimo di trenta giorni di terapia..

#### **DISPENSAZIONE DIRETTA DA PARTE DEL SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE**

Il Servizio Farmaceutico Territoriale dispensa direttamente:

Farmaci in fascia H;

Farmaci della L.R. 8 del 8/3/97 (farmaci in fascia C per particolari gravi patologie);

Farmaci della Legge 648/96 che è la legge che consente di erogare a carico del SSN, quando non vi è alternativa terapeutica valida, previo parere dell' AIFA medicinali innovativi in commercio in altri Stati ma non sul territorio nazionale, medicinali ancora non autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica e medicinali da impiegare per una indicazione terapeutica diversa da quelle autorizzata;

Dispositivi Medici e gli Alimenti per i Pazienti affetti da Patologie Particolari.

#### **4. DIMISSIONE PROTETTA**

Per un migliore utilizzo delle risorse disponibili, può essere svolta parte delle attività di controllo o di completamento delle indagini post ricovero attraverso ulteriori e ravvicinati accessi del paziente, mantenendo il regime di Ricovero Ordinario (Dimissione Protetta).

Dal punto di vista clinico a questa situazione corrisponde un unico Ricovero Ordinario, variamente articolato nel tempo, e remunerato nel suo insieme dalla tariffa forfetaria attribuita al DRG che caratterizza l'intero episodio assistenziale.

Dovranno essere considerati accessi in Dimissione Protetta tutti quelli programmati al momento della dimissione e legati alla patologia che ha originato il ricovero stesso, da effettuare entro 30 giorni dalla dimissione e che completano il profilo di cura iniziato con il ricovero (es: ritorno per rimozione punti di sutura, effettuazione di un esame programmato e non eseguito durante il ricovero per le motivazioni più varie, etc.) o che hanno il fine di completare l'iter diagnostico-terapeutico.

Rientrano in questa tipologia le prestazioni specialistiche (visite, esami radiografici, RX dopo rimozione di apparecchi gessati[\*], medicazioni, etc.) da effettuare anche per fratture ossee trattate in regime ambulatoriale o di ricovero ospedaliero.

[\*] Per l'Ortopedia può essere prevista la rimozione del gesso anche oltre 30 giorni.

### **Regolamento**

- La richiesta di prestazioni specialistiche post ricovero Ospedaliero deve essere effettuata dal medico della U.O. presso la quale è stato effettuato il ricovero Ospedaliero che avrà cura di fissare data e ora per l'erogazione della prestazione stessa.
- Deve essere utilizzato apposito modulo prestampato bianco predisposto in collaborazione con la Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero.
- Tali prestazioni sono esenti ticket.
- I relativi referti, consegnati al reparto richiedente, saranno conservati all'interno della cartella clinica del paziente.
- Eventuali prestazioni specialistiche, anche se erogate entro i 30 giorni successivi, non correlate alle patologie oggetto del ricovero, prescritte dalla U.O. dove è stato effettuato il ricovero o da altra struttura, sono soggette al pagamento del ticket (qualora dovuto).
- Il ricovero iniziale, in questo caso, si intende semplicemente sospeso; gli accessi programmati non determinano l'apertura di nuova scheda di ricovero: la scheda di dimissione (SDO) deve essere chiusa solo con il completamento delle indagini previste, indicando come data di dimissione quella dell'ultimo giorno di effettiva degenza.
- Il medico di base dovrà essere informato, con relazione, della dimissione e del completamento dell'iter diagnostico in corso.
- All'atto della dimissione verrà consegnata al Paziente apposita nota con indicazione delle prenotazioni degli accertamenti e della visita di controllo (data e ora)
- Eventuali ulteriori visite specialistiche successive al controllo post ricovero -ovvero dopo i 30 giorni dalla dimissione- potranno essere richieste dal Medico di Assistenza Primaria o dallo Specialista stesso, attraverso il sistema Centro Unificato di Prenotazione (CUP).

## **5. DIMISSIONE DEL PAZIENTE COMPLESSO**

Per la gestione integrata di un paziente complesso è necessaria la collaborazione di più professionisti che concordano sistemi di scambio di informazioni fino ad allineare il proprio comportamento per massimizzare il risultato di salute.

L'integrazione tra Ospedale e Territorio sarà reso più efficiente ed efficace dalla presenza di un operatore sanitario( coordinatore infermieristico) che dovrà occuparsi, in modo specifico, dell'integrazione tra i diversi professionisti per quel che riguarda l'iter organizzativo all'interno delle strutture di offerta dell'azienda.

Il suo compito sarà quello di attivare, per le persone fragili con necessità di interventi multidisciplinari, il PUA e l'UVT in modo da organizzare per tempo con le U.O. ospedaliere e i servizi territoriali gli interventi successivi alla dimissione. Pertanto nel caso di dimissione di un paziente con problemi socio sanitari complessi, tale professionista contatterà, con il necessario anticipo, il medico di assistenza primaria per attivare i contatti con il Punto Unico di Accesso ed eventualmente con l'Unità di Valutazione Territoriale per garantire al paziente il regime assistenziale a lui più appropriato.

### **PUA e UVT**

Il Punto Unico d'Accesso analizza i bisogni dell'utente e dei familiari, soprattutto dei soggetti più deboli, anziani e disabili, individua con loro il percorso terapeutico più adatto per facilitare l'approccio del cittadino al servizio socio-sanitario per indirizzarlo e condurlo alle strutture dell'Azienda Sanitaria idonee a soddisfare le sue esigenze.

Il Punto Unico d'Accesso è la risposta all'esigenza di una maggiore equità e uniformità nell'erogazione dei servizi. Un principio affermato anche dalla Legge regionale n° 23 del 23/12/2005 (art. 32), che coordina il sistema integrato dei servizi alla persona, cioè l'insieme di attività, servizi e prestazioni volte a favorire il benessere di tutti coloro che si trovano in situazioni di bisogno socio-sanitario.

Quando il problema rilevato è di bassa complessità, il professionista può prendere in piena autonomia le decisioni che ritiene più opportune. Se invece il bisogno si rivela complesso, allora interverrà l'équipe multidisciplinare - detta Unità di valutazione territoriale (UVT) - che opera sempre congiuntamente alla persona e alla sua famiglia. Ciascuna UVT è composta da un nucleo base, formato a sua volta da un medico di assistenza distrettuale (responsabile del percorso assistenziale e della continuità delle cure), e da un operatore sociale dell'Azienda o di uno dei Comuni di riferimento. Questi si avvalgono, costantemente e regolarmente, dell'apporto del medico di medicina generale (o pediatra di libera scelta) del paziente, di almeno un medico specialista, di un altro operatore sanitario specializzato nelle discipline connesse alla tipologia del paziente da valutare e di uno psicologo, presente per valutare i bisogni psichici ed emotivi della persona e per favorire il processo di comunicazione fra paziente e operatori.

Terminata la fase di analisi, l'UVT sceglierà i soggetti e i servizi più appropriati che decideranno il percorso terapeutico più idoneo, stabilito nel dettaglio e concordato con l'assistito e con la famiglia.

Questo verrà poi comunicato a tutti i soggetti interessati della rete socio-sanitaria, che provvederanno all'erogazione delle prestazioni previste.

## **6. CONSULENZE SPECIALISTICHE**

Il Servizio sanitario deve sviluppare la capacità di soddisfare – con modalità e tempi adeguati - i bisogni assistenziali dei cittadini secondo i principi dell'equità di accesso alle prestazioni, dell'efficienza, dell'efficacia e della trasparenza. Questo significa perseguire la migliore appropriatezza clinica nella prescrizione di visite ed esami specialistici e la contemporanea migliore organizzazione dei servizi: dalla prenotazione alla differenziazione degli accessi per priorità clinica e urgenza

La condizione indispensabile per raggiungere questi obiettivi è la “presa in carico del paziente in collaborazione continua con i MMG e PLS”, riducendo i rinvii tra specialisti e medici di medicina generale, semplificando le procedure burocratiche di accesso, garantendo comunque la continuità assistenziale. In sostanza, dopo la prima visita, non deve più essere il paziente a muoversi, ma la struttura sanitaria deve essere in grado di programmare l'intero iter assistenziale al paziente (nuovi accertamenti e visite di controllo).

La richiesta di visita specialistica, prescritta su proprio ricettario SSN dal Medico di Assistenza Primaria o dal Pediatra di Libera Scelta, deve essere effettuata in maniera chiara e leggibile comprensiva di diagnosi certa o sospetta o di eventuale quesito diagnostico, evidenziando il carattere d'urgenza, ove fosse necessario, onde agevolare lo specialista nella sua attività.

Gli Utenti che necessitano di visita specialistica possono essere assistiti presso le seguenti strutture aziendali o presso quelle convenzionate esterne:

- DISTRETTI SANITARI
- PRESIDIO OSPEDALIERI
- STRUTTURE ESTERNE CONVENZIONATE O SPECIALISTI ESTERNI CONVENZIONATI.

**L'Accesso Diretto** alle Strutture Specialistiche Pubbliche, ovvero senza la prescrizione del medico di medicina generale, ma con regolare prenotazione CUP, è previsto per le seguenti branche specialistiche:

1. PSICHIATRIA
2. ODONTOIATRIA
3. OCULISTICA(LIMITATAMENTE ALLE PRESTAZIONI OPTOMETRICHE)
4. PEDIATRIA
5. GINECOLOGIA
6. SERVIZI CONSULTORIALI E DI PREVENZIONE

Lo Specialista, ricevuti i referti, procederà alla chiusura dell'iter diagnostico



Onde evitare disagi agli utenti con peregrinazioni da uno sportello all'altro, talvolta inconcludenti e motivo di sconforto per gli utenti, il Medico Specialista, in collaborazione continua con il Medico di MG-PLS, prenderà in carico Paziente e ne seguirà l'iter sino ad ottenere la definizione diagnostica conclusiva. Il Paziente ha diritto ad ottenere una prestazione compiuta e non sarà ammissibile la frammentazione del percorso per mancata comunicazione tra i vari Specialisti chiamati eventualmente in causa.

La presa in carico del paziente da parte dello Specialista deve verificarsi attraverso impegnativa del MMG e/o PLS, o in caso di urgenza per iniziativa dello Specialista. Sarà poi compito dello stesso Specialista informare il collega MMG e/o PLS del paziente della avvenuta presa in carico dello stesso.

A questo proposito si fa notare che lo Specialista che prende in carico il Paziente può concludere il procedimento unicamente con la propria visita, ma se, per ottenere una diagnosi più precisa necessita del coinvolgimento di altri Specialisti o di esami di Laboratorio o esami strumentali, lo stesso Specialista è tenuto a prescrivere su Ricettario Unico le richieste di ulteriori consulenze e/o esami di Laboratorio e/o accertamenti strumentali, etc. Stessa prassi dovrà seguire ogni Specialista o Medico della Struttura che ritenga di dover approfondire il percorso diagnostico postogli dallo Specialista richiedente.

Lo stesso Specialista, ricevuti i referti ed esaurita la complessità del caso, in ragione della presa in carico del Paziente, contatterà gli altri Colleghi coinvolti al fine di raggiungere una proficua integrazione nella formulazione della diagnosi.

A conclusione di questo iter, che potrebbe richiedere anche più accessi, lo specialista fornirà la risposta alla consulenza, richiesta dal medico di base, che dovrà essere il più esaustiva possibile, scritta in maniera chiara, nel rispetto della privacy e della dignità del paziente, quindi, comunicherà al medico curante:

- gli accertamenti effettuati
- la diagnosi
- il programma terapeutico suggerito. Di norma lo specialista, nel caso di nuova prescrizione e nel caso in cui ritenesse necessario modificare la terapia pregressa, prescriverà su ricetta SSN la terapia ritenuta opportuna, sempre nel rispetto delle note AIFA e delle indicazioni terapeutiche del farmaco stesso.
- gli eventuali ulteriori accertamenti consigliati
- la necessità di ulteriore controllo a distanza (salvo nuove proposte del medico di medicina generale)

Il tutto scritto in maniera leggibile, con apposizione della firma, del timbro personale e della Struttura, unitamente al recapito telefonico.

Le visite successive alla prima, ma necessarie alla formulazione della risposta al quesito iniziale del MMG e/o PLS, sono gestite direttamente dallo stesso Specialista senza ulteriore richiesta del MMG e/o PLS.

## **7. CONTROLLI SUCCESSIVI ALLA PRIMA VISITA SPECIALISTICA**

Lo specialista, dopo la 1° visita, può consigliare per il Paziente ulteriore controllo (visita di controllo programmata a quadro clinico definito) al Medico di Medicina Generale inviandogli nota con la cortese annotazione “**se lo riterrai opportuno**”.

Nel caso che, durante una visita di controllo routinario lo Specialista ritenga di dover ulteriormente approfondire lo studio clinico dell’assistito dovrà applicare quanto previsto nel punto precedente [6] con riferimento alla presa in carico.

Nel caso tali accertamenti siano proposti da Specialista Libero Professionista o Specialista Convenzionato Esterno, i quali (salvo nuove determinazioni assessoriali) non possono utilizzare il Ricettario del SSN, il Medico curante che riceve la proposta, prescriverà, secondo scienza e coscienza, barrando la casella “**suggerito**” e allegando la copia della richiesta dello Specialista.

Normativa di riferimento.

L. 833/78

L. 531 del 29/12/87

DPR 285/92

D.L. 502/92

DPR 484/96

L. 648/96

L.R. 8/97

D.L. 124 del 29/04/98

L. 229/99

DPR. 270 del 28/07/2000

L. 405/01

L. 269/2003

DGR 5/18 del 08/02/2006

DGR 8/12 del 28/2/2007