

Oggetto: prime indicazioni operative per la riclassificazione delle unità di offerta cure palliative ai sensi della DGR n. 5918/16

La procedura di riclassificazione prevista dalla DGR n. 5918/16 deve essere avviata entro il 05/06/2017 da tutte le unità d'offerta di cure palliative accreditate, sia nell'ambito sanitario che in quello sociosanitario, al fine di non incorrere nella decadenza dell'accreditamento e dell'abilitazione all'esercizio.

Nel rispetto dei nuovi LEA, le unità d'offerta di cure palliative, anche quando sono inserite nel contesto ospedaliero, afferiscono al settore rete territoriale nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria e, ai fini della riclassificazione, seguono la procedura di verifica dei requisiti prevista dalla DGR n. 2569/14 e s.m.i.

È pertanto preciso compito delle strutture responsabili dell'accreditamento sociosanitario delle ATS assicurarsi che il procedimento di riclassificazione sia attivato da tutti gli erogatori del proprio territorio presidiando accuratamente le tempistiche di verifica e di attestazione.

Il procedimento viene avviato, entro il 05/06/2017, tramite la presentazione alla ATS territorialmente competente della comunicazione dell'avvenuto adeguamento ai nuovi requisiti.

Per le unità d'offerta che mantengono inalterata la propria sede di attività, la comunicazione potrà essere presentata avvalendosi della specifica modulistica allegata alla presente, autocertificando l'avvenuto adeguamento ai requisiti previsti dalla DGR n. 5918/16.

Con la comunicazione di avvenuto adeguamento sarà possibile, in ogni caso, solo confermare, in toto o in parte, l'assetto già abilitato e accreditato in termini di tipologie di prestazioni e di numero di posti.

Sono, invece, tenute a presentare SCIA, con o senza contestuale istanza di accreditamento, le unità d'offerta che, nell'ambito della riclassificazione, attivano nuove sedi, modificano la propria sede oppure ampliano o rimodulano la propria attività. A tale fine si è provveduto ad aggiornare la modulistica SCIA in uso, che si allega alla presente.

Oltre alle unità d'offerta accreditate, resta salva la possibilità di riclassificare unità d'offerta solo abilitate o di posti solo abilitati all'interno di una unità d'offerta accreditata, specificando nella comunicazione il numero dei posti di cui si chiede l'abilitazione e quelli di cui si chiede l'accreditamento.

Si precisa, in ogni caso, che lo standard assistenziale dovrà essere formalmente programmato all'atto della comunicazione di adeguamento, ma potrà essere effettivamente attivato a partire dal 01/09/2017.

Al fine di evitare contenziosi, si sottolinea la necessità di assicurare a tutte le unità d'offerta della rete di cure palliative la possibilità di concludere l'iter di riclassificazione entro la data utile per il riconoscimento delle nuove tariffe (1/09/2017).

Pertanto, per le unità d'offerta che mantengono inalterata la propria sede di attività, le strutture responsabili dell'accreditamento sociosanitario delle ATS, verificata la correttezza formale dell'autocertificazione, potranno procedere ad attestare l'avvenuto adeguamento, effettuando la verifica con sopralluogo solo nei casi in cui sia ritenuto necessario.

Per le unità d'offerta che hanno presentato SCIA, le strutture responsabili dell'accreditamento sociosanitario delle ATS, come previsto dalla DGR n. 2569/14 e s.m.i., attivano il conseguente sopralluogo di vigilanza e, in caso di esito positivo, procedono con l'attestazione del possesso dei requisiti.

In caso di esito negativo delle verifiche, l'eventuale revoca dell'abilitazione con decadenza dell'accreditamento, è disposta previa diffida ad adempiere secondo l'iter previsto dalla DGR 2569/14 e s.m.i., impostando la tempistica della diffida in modo tale da assicurare il completamento di tutte le verifiche e la conclusione dell'iter di riclassificazione entro il mese di agosto.

Per le attestazioni pervenute entro il 25/08/17, infatti, Regione potrà provvedere alle verifiche di competenza e all'aggiornamento dei registri delle unità d'offerta accreditate entro la fine dello stesso mese, indicando in ogni caso come decorrenza il 01/09/2017.

Entro 90 giorni dall'aggiornamento dei registri, le strutture responsabili dell'accreditamento sociosanitario delle ATS sono tenute a concludere le verifiche effettuando per tutte le unità d'offerta un sopralluogo finalizzato ad accertare l'effettivo possesso di tutti i requisiti di esercizio e di accreditamento nelle unità d'offerta riclassificate.

Da tale sopralluogo possono essere escluse le unità d'offerta in cui, ai fini della riclassificazione, sia già stato accertato con sopralluogo il possesso di tutti i requisiti, compreso l'avvenuto adeguamento allo standard di personale.

Sono, invece, soggette a tale sopralluogo le unità d'offerta riclassificate senza preventivo sopralluogo, le unità d'offerta già oggetto di sopralluogo, per cui non sia stato possibile verificare lo standard assistenziale, avendone rimandato l'adeguamento al 01/09/2017, oltre, naturalmente alle unità d'offerta per cui sia stata presentata SCIA con contestuale istanza di accreditamento.

Al fine di evitare possibili contenziosi, le verifiche dovranno comprendere anche le unità d'offerta per cui non sia stata presentata alcuna comunicazione, disponendo l'eventuale decadenza dell'accreditamento secondo l'iter previsto dalla DGR n. 2569/14 e s.m.i., a seguito di sopralluogo in cui si sia rilevato il mancato adeguamento ai requisiti, conseguente diffida e successiva verifica del mancato adempimento.

Per evitare l'attivazione delle verifiche (con i conseguenti provvedimenti sanzionatori e di diffida) nei confronti di erogatori che non intendano adeguarsi ai nuovi requisiti, si ritiene opportuno sollecitare la presentazione della comunicazione di cessazione dell'attività, successivamente alla quale la ATS competente per territorio procede all'adozione dell'atto di revoca dell'abilitazione con decadenza dell'accreditamento secondo le modalità previste dalla DGR n. 2569/14 e s.m.i.

Rete Locale Cure Palliative (RLCP)

Per la verifica di alcuni dei requisiti organizzativi e gestionali previsti dalla DGR n. 5918/16, comuni alle diverse tipologie di unità di offerta oggetto di riclassificazione, si presuppone l'inserimento attivo delle stesse nella Rete Locale Cure Palliative.

La RLCP, che viene definita come *"l'insieme funzionale dei nodi erogativi e degli organismi di volontariato coinvolti nel percorso assistenziale di Cure Palliative e che operano nel territorio di una o più ASST"*, coinvolge necessariamente tutti i soggetti accreditati di un territorio ed è tenuta a svolgere le funzioni che sono esplicitamente elencate nella DGR n. 5918/16.

Le ATS, articolate nei distretti, hanno il compito di promuovere la costituzione e coordinare le reti locali al fine di attuare le funzioni di programmazione e negoziazione, nonché di governo della presa in carico che sono loro attribuite dalla l.r. 23/15.

In particolare, è in capo alla ATS il reclutamento dei soggetti inclusi nella rete locale in modo da comprendere tutti i soggetti erogatori accreditati per le attività di cure palliative nei diversi setting assistenziali e gli eventuali soggetti abilitati che ne facciano richiesta.

Per l'attivazione della rete locale, la ATS provvede, in accordo con i soggetti erogatori, all'adozione di uno specifico regolamento che ne definisca l'organizzazione e le modalità di funzionamento, garantendo la più ampia partecipazione rappresentativa dei soggetti erogatori, dei MMG/PSL e delle organizzazioni di volontariato.

Rimane in capo alla ATS la responsabilità di garantire l'operatività della rete locale ai fini dell'attuazione delle funzioni ad essa attribuite.

La rete locale è tenuta ad assolvere alle funzioni di cui all'Accordo CSR del 16 dicembre 2010, riportate nella DGR n. 4610/12, allegato 2, paragrafo 3b, e alle funzioni previste, recependo l'intesa CSR 25 luglio 2012, dall'allegato della DGR n. 5918/16, paragrafo 1.1.

Per le funzioni di coordinamento operativo, le reti locali dispongono dei Dipartimenti Aziendali e Interaziendali di Cure Palliative, individuati da ciascuna ATS, in collaborazione con le ASST. Nel caso dei Dipartimenti Interaziendali è anche prevista l'individuazione dell'ASST capofila.

In accordo con le ATS e nell'ambito delle modalità di funzionamento definite dal regolamento, ai Dipartimenti è attribuita la responsabilità di dare attuazione alle funzioni della rete locale sopra indicate e di svolgere le funzioni di coordinamento operativo tra i diversi nodi ai fini dell'assolvimento dei requisiti di rete.

Le singole unità d'offerta accreditate sono tenute a prendere parte alla RLCP armonizzando il proprio modello organizzativo e le procedure adottate con le indicazioni fornite dalla rete stessa negli ambiti di competenza indicati dalla DGR (in materia di presa in carico, PDTA, ecc.).

D'altra parte, la rete locale permette alle singole unità d'offerta di ottemperare in modo integrato con gli altri erogatori ad alcuni requisiti. In particolare, è compito della rete locale garantire il percorso di identificazione, valutazione e presa in carico nei quattro diversi setting assistenziali, che devono, pertanto, essere garantiti a livello di rete e non di singola unità d'offerta.

Rispetto alle attività oggetto di riclassificazione, si precisa che per Day hospital/Day hospice, assistenza ambulatoriale e/o MAC rimangono confermati i requisiti già in essere.

Per quanto concerne le verifiche da effettuare a seguito dell'istanza di riclassificazione, il soddisfacimento dei requisiti legati alla rete locale è subordinato all'effettiva costituzione della rete stessa e alle funzioni che realmente svolge.

Nel caso in cui la Rete locale non si è ancora attivata, non sono oggetto di verifica ai fini della riclassificazione i requisiti di rete riportati nell'allegato alla DGR n. 5918/16, paragrafo 1 "Rete Regionale e Reti Locali di Cure Palliative". Non appena sarà costituita e attiva la rete locale, le unità d'offerta dovranno garantire anche il possesso di tali requisiti.

Requisiti soggettivi

La riclassificazione riguarda soggetti per la maggior parte dei casi già a contratto e, comunque, già abilitati o accreditati.

Qualora, nell'anno in corso, i requisiti soggettivi del gestore siano già stati attestati alla ATS tramite autocertificazioni o dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà, le stesse non dovranno essere nuovamente presentate.

Precisazioni in merito ai requisiti organizzativi e gestionali

In considerazione della particolare tipologia di prestazioni erogate, la DGR n. 5918/16 ha equiparato i requisiti previsti per l'abilitazione a quelli previsti per l'accreditamento, limitando alle sole unità d'offerta accreditate il vincolo dell'adesione alla rete locale.

Come già precisato, lo standard assistenziale previsto dovrà essere formalmente programmato all'atto della comunicazione di adeguamento (tramite dettagliato organigramma con indicazione delle unità, della tipologia contrattuale e del monte ore previsto per singolo profilo professionale), ma potrà essere effettivamente attivato a partire dal 01/09/2017.

Per la figura del medico palliativista è in corso una preventiva verifica circa la disponibilità e il fabbisogno sul territorio, cui seguiranno successive indicazioni regionali.

La nuova normativa ha superato le precedenti modalità di verifica introducendo nuovi parametri di calcolo dello standard, che prevedono, tra l'altro, che per il personale medico sia rispettato un minutaggio assistenziale medio giornaliero (superando, quindi, il rapporto tra medici e posti letto precedentemente presente nell'hospice sanitario) e che la figura dell'ASA non sia computabile ai fini dello standard.

Come previsto dalla DGR n. 2569/14 e s.m.i., per tutte le figure, lo standard assistenziale dell'hospice deve essere verificato su base settimanale, in relazione alle giornate di effettiva presenza degli utenti.

Ai fini del soddisfacimento dello standard assistenziale minimo previsto, si precisa che la soglia di 180 minuti/paziente/die si riferisce all'assistenza infermieristica complessiva e comprende il minutaggio assistenziale erogato dalle figure dell'infermiere, pari ad almeno 90 minuti/paziente/die e dell'OSS, che può concorrere fino al 50% massimo, pari a 90 minuti/paziente/die; qualora ancora presente comprende, solo in alternativa o in integrazione all'OSS, anche la figura dell'OTA, per un massimo del 30%, pari a 54 minuti/paziente/die.

Deve, contestualmente, essere assicurato il rispetto dei requisiti che prevedono la presenza giornaliera del medico e la presenza continuativa nelle 24 ore dell'infermiere e dell'OSS.

La pronta disponibilità del personale può essere garantita anche avvalendosi di personale condiviso con altre articolazioni organizzative dello stesso ente gestore oppure avvalendosi di accordi formali con altri soggetti erogatori nell'ambito della Rete Locale. In ogni caso, il personale dovrà essere in possesso dei requisiti previsti per la specifica funzione svolta nell'ambito delle cure palliative.

Il personale reperibile deve essere nelle condizioni di garantire l'intervento entro 30 minuti ed assicurare il pieno rispetto della normativa inerente l'orario di lavoro e la turnistica.

Nel caso delle UCP-Dom, per personale medico ed infermieristico prevalentemente dedicato si intende il personale prevalentemente assegnato all'ambito delle cure palliative, indipendentemente dal setting assistenziale in cui l'attività è svolta.

Per la verifica del requisito relativo all'assistenza spirituale, che non si identifica necessariamente con l'assistenza religiosa, deve essere accertata, sulla base di un accordo formalizzato, la disponibilità a svolgere tale funzione di almeno una figura idonea, per la quale non sono previsti specifici requisiti.

La documentazione sanitaria dovrà aderire alle indicazioni della DGR n. 4659/13 "Manuale per la gestione della documentazione sanitaria e sociosanitaria" e, in fase transitoria, dovrà essere strutturata secondo le modalità attualmente previste e in uso per l'ambito sanitario e sociosanitario. Il coordinamento regionale della rete delle cure palliative definirà il percorso per uniformare tale documentazione.

Precisazioni in merito ai requisiti strutturali e tecnologici

Rispetto alla possibilità di condividere spazi/locali con altre unità d'offerta, rimangono valide, per gli hospice già abilitati, le indicazioni previste dalla precedente normativa e le eventuali autorizzazioni concesse dalle ex ASL.

Purché sia in possesso dei requisiti previsti e compatibilmente con l'attività svolta, la sede della UCP-DOM potrà condividere i locali e gli spazi con la sede dell'ADI ordinaria o con altre unità d'offerta del medesimo ente gestore.

In merito ai sistemi di abbattimento del rumore in zone non protette dal rumore cittadino, si conferma il riferimento al requisito SGTEC03.

Rispetto al superamento delle barriere architettoniche è corretto ritenere che le modalità di assolvimento del requisito siano riconducibili alla normativa nazionale e regionale vigente, con riferimento all'SGTEC08.

Ai fini della riclassificazione, considerati i requisiti previsti dalla precedente DGR n. 39990/98, l'impianto di gas medicali (vuoto, ossigeno e aria), previsto dalla DGR n. 5918/16 in applicazione del DPCM 20/1/2000, può essere sostituito da altre soluzioni tecniche in grado di soddisfare il requisito, anche ricorrendo all'utilizzo di bombole.

Il locale per preparazione e manipolazione dei farmaci e preparazioni nutrizionali, nel caso in cui la struttura non utilizzi farmaci antiblastici (tali da esigere una preparazione sotto cappa) e adoperi preparazioni nutrizionali già confezionate, può coincidere con il locale ambulatorio medicheria.

I servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza dell'hospice devono essere dotati di tutti gli accorgimenti necessari per garantirne la fruibilità da parte di soggetti non autosufficienti (ad es: idonei maniglioni, piatto doccia a filo con sedile retraibile, lavabo e wc di altezza adeguata).

Il bagno assistito può essere dotato, alternativamente, di barella doccia o di vasca da bagno per disabili.

La camera mortuaria, di cui è raccomandato il rapporto di una ogni 8 letti, corrisponde alla camera ardente, dotata di impianto di condizionamento nel rispetto dei parametri fissati dal DPR 14/1/97.

Aspetti specifici relativi alle unità d'offerta di UCP domiciliari

Rispetto alla sede dell'UCP-DOM, è necessario presidiare il passaggio da quanto previsto dalla DGR n. 3584/12 (per cui l'accreditamento in una ASL concedeva la possibilità di operare su tutto il territorio regionale) a quanto disposto dalla DGR n. 5918/16, che richiede che la sede sia *"...facilmente raggiungibile dall'utenza e funzionale alle attività organizzative e gestionali ..."*.

Si ritiene che, perché questo requisito sia soddisfatto, l'UCP-DOM possa di norma operare nel distretto ATS in cui ha sede e nei distretti ATS confinanti con quest'ultimo, anche afferenti ad altre ATS. Per operare in ulteriori distretti, sarà necessario attivare nuove sedi idonee, avviando distinte unità d'offerta UCP-DOM.

A tal fine, la modulistica per la presentazione della comunicazione e della SCIA con o senza contestuale istanza di accreditamento prevede che siano specificati i distretti delle ATS in cui saranno erogate le prestazioni, che dovranno essere riportati nel provvedimento di riclassificazione e indicati in AFAM.

Si ricorda che i distretti della ATS, ai sensi della l.r. 23/15, coincidono con il territorio delle ASST e come tali andranno denominati (es. ATS della Brianza - distretto ASST di Lecco).

Nel caso in cui l'atto di riclassificazione comprenda distretti di altre ATS, l'Agenzia territorialmente competente provvede a trasmetterlo alle altre Agenzie interessate.

Per le ADI già accreditate in ambito sociosanitario, la DGR n. 5918/16 introduce una netta differenziazione tra prestazioni domiciliari di cure palliative e prestazioni domiciliari ordinarie, per le quali rimangono vigenti i requisiti definiti dalla DGR n. 3584/12.

Per le ADI accreditate in ambito sociosanitario per l'erogazione di cure palliative, l'adeguamento ai nuovi requisiti previsti dalla DGR n. 5918/16, quindi, dà origine ad una nuova classificazione dell'unità d'offerta, diversa dalla precedente ADI, che, pertanto, dovrà essere ricontrattualizzata.

Contestualmente, nel caso in cui il gestore continui ad essere anche erogatore di ADI ordinaria in ambito sociosanitario, dovrà essere modificato l'accreditamento dell'unità d'offerta ADI, con idoneo provvedimento della ATS e previa attestazione del mantenimento dei requisiti, limitandone l'ambito alle sole prestazioni di ADI ordinaria.

La modulistica per la comunicazione di adeguamento prevede, per questi casi, che l'ente gestore richieda il contestuale mantenimento oppure la decadenza dell'accreditamento per ADI ordinaria.

Fatto salvo il buon esito delle verifiche di competenza, per le attestazioni pervenute nei tempi sopra indicati, anche per l'ADI ordinaria l'aggiornamento del registro regionale delle strutture accreditate avrà comunque decorrenza dal 01/09/2017.

Il responsabile della UO

Programmazione Polo Ospedaliero

Dott. Aldo Bellini

Il responsabile della UO

Programmazione Rete Territoriale

dott.ssa Laura Lanfredini