

**REGIONE TOSCANA**  
**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TOSCANA CENTRO**  
**Sede Legale Piazza Santa Maria Nuova n. 1 – 50122 Firenze**

**DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE**

<b>Numero della delibera</b>	452
<b>Data della delibera</b>	31-03-2016
<b>Oggetto</b>	Regolamento Aziendale
<b>Contenuto</b>	Approvazione del nuovo “Regolamento Presidio di Continuità Assistenziale: Low care/Cure Intermedie” – Zona Distretto Area Pratese -

<b>Dipartimento</b>	ZONA DISTRETTO
<b>Direttore del Dipartimento</b>	MEZZACAPPA MICHELE
<b>Struttura</b>	ATTIVITA' AMMINISTRATIVE ZONA DISTRETTO E DIPARTIMENTO DI
<b>Direttore della Struttura</b>	MILICIA FERDINANDO
<b>Responsabile del procedimento</b>	MILICIA FERDINANDO

Conti Economici			
Spesa	Descrizione Conto	Codice Conto	Anno Bilancio
Spesa prevista	Conto Economico	Codice Conto	Anno Bilancio

Estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo		
Allegato	N° di pag.	Oggetto
1	14	Regolamento presidio di continuità assistenziale Low Care/Cure Intermedie

<b>Tipologia di pubblicazione</b>	Integrale	Parziale
-----------------------------------	-----------	----------

## IL DIRETTORE GENERALE

### VISTI :

- il decreto del Presidente della Giunta della Regione Toscana n. 29 del 29 febbraio 2016 con il quale il dr. Paolo Morello Marchese è stato nominato Direttore Generale della Azienda Unità Sanitaria Toscana Centro ;
- la delibera del D.G. della AUSL Toscana Centro n. 292 del 10-3-2016 con la quale il dr. Enrico Volpe è stato nominato Direttore Amministrativo;
- la delibera del D.G. della AUSL Toscana Centro n. 293 del 10-3-2016 con la quale il dr. Emanuele Gori è stato nominato Direttore Sanitario;
- la delibera del D.G. della AUSL Toscana Centro n. 291 del 10-3-2016 con la quale la dr.ssa Rossella Boldrini è stata nominata Direttore dei Servizi Sociali;
- il Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, recante "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*";
- la Legge Regionale Toscana n. 40/2005 e successive modifiche ed integrazioni, recante la "*Disciplina del servizio sanitario regionale*";
- la L.R.T. n. 82 del 28-12-2009 e s.m.i. "*Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato*";
- la L.R.T. n. 51/2009 e s.m.i., recante norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie, procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento;
- la Legge Regionale Toscana n. 84 del 28 dicembre 2015, recante il "*Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla LR 40/2005*", che ha abrogato la Legge Regionale Toscana n. 28 del 16 marzo 2015, recante "*Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale*";

**PRESO ATTO** che l'art. 83 della LR 84/2015 conferma la previsione già contenuta nella LR 28/2015 giusta la quale le aziende sanitarie locali sono soppresse alla data del 31 dicembre 2015 e le Aziende unità sanitarie locali di area vasta di nuova istituzione di cui all'articolo 32 della LR 40/2005 operano a decorrere dal 1° gennaio 2016;

**DATO ATTO** altresì che, l'articolo 83, comma 3, della LR 84/2015 prevede che le Aziende di nuova istituzione subentrano con successione a titolo universale in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi delle aziende unità sanitarie locali soppresse comprese nell'ambito territoriale di competenza, ed in particolare che l'Azienda USL Toscana Centro subentra con successione a titolo universale in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi delle aziende USL 3 di Pistoia, USL 4 di Prato, USL 10 di Firenze, USL 11 di Empoli;

**ATTESO** altresì che con delibera del D.G. n. 1 del 7.01.2016 si prende atto della immissione del già Commissario delle citate aziende USL nelle funzioni di Direttore Generale della costituita Azienda USL Toscana Centro di cui all'art. 32 della LR 40/2005, come modificata e integrata dalla LR 84/2015;

### DATO ATTO CHE:

- limitatamente al tempo necessario ad attivare le iniziative utili per l'avvio dei nuovi modelli organizzativi previsti dalla LR 40/2005, come modificata dalla LR 84/2015, l'operatività dei servizi è garantita dagli assetti organizzativi delle aziende unità sanitarie locali soppresse;
- con delibera del D.G. n. 2 del 7.01.2016 è stato deciso di mantenere funzioni e responsabilità già afferenti alla Dirigenza Sanitaria, Amministrativa e Tecnico Professionale, nell'ambito degli incarichi professionali e gestionali, già attribuiti nelle precedenti gestioni, oltre che nell'ambito del sistema di deleghe all'adozione di atti e provvedimenti già operante nelle soppresse aziende;

### **RICHIAMATE:**

- la delibera dell'Assemblea dei Soci della Società della Salute n. 9 del 05.03.2012 "Approvazione linee di indirizzo per la realizzazione di un presidio di continuità assistenziale (c.d. cure intermedie) per intensità di cura;
- la delibera del Direttore Generale (ex Asl 4 Prato) n. 306 del 28.03.2012 "*Preso d'atto documento Linee d'indirizzo per la realizzazione di un presidio di continuità assistenziale (c.d. cure intermedie) per intensità di cura*";
- la Delibera Giunta Regionale Toscana n. 754 del 10 agosto 2012, che fornisce indirizzi alle aziende e agli enti del SSR in relazione alle azioni immediatamente adottabili in attuazione del DL 95/2012 ed individua ulteriori azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale (SSR);
- la Delibera Giunta Regionale Toscana n. 1235/2012 che fornisce indirizzi alle aziende sanitarie ed alle Aree Vaste in relazione alle azioni di riordino del SSR, di cui al citato allegato B della DGR 754/2012, individuando nell'allegato A l'obiettivo 1 "*riassetto cure primarie e nuovo ruolo professionisti – integrazione cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera a media bassa intensità*";
- il parere del Consiglio Sanitario Regionale n. 34/2013 approvazione del documento "Sviluppo del Sistema Cure Intermedie al fine dell'utilizzo corretto delle risorse ex DGRT n. 1235/2012";
- la Delibera Giunta Regionale Toscana n. 47 del 29 gennaio 2013 che individua, tra le azioni prioritarie a partire dalle quali le aziende sanitarie della Toscana devono avviare il processo di riordino dei servizi, lo sviluppo delle cure intermedie;
- la Delibera Giunta Regionale Toscana n. 431/2013 che ha approvato, fra l'altro, gli "Indirizzi per lo sviluppo del Sistema delle cure intermedie" ed ha assegnato una quota di finanziamento aggiuntiva";

**RICORDATO** che con delibera del Direttore Generale (ex Asl 4 Prato) n. 940 del 17.10.2013 veniva adottato il Regolamento di funzionamento interno del Presidio di Continuità Assistenziale Cure Intermedie";

### **PRESO ATTO CHE:**

- nella Zona Distretto Area Pratese, al modulo di n. 12 posti letto attivi di cure intermedie è stato aggiunto un altro di ulteriori n. 12, per un totale di n. 24 posti letto;
- fino ad ora i posti letto delle cure intermedie sono stati destinati ad accogliere pazienti dimessi dall'ospedale, in stabilità clinica cioè con NEWS <1;
- l'attuale situazione organizzativa del presidio ospedaliero e del territorio e la chiusura dei posti letto di Low Care comportano la necessità di costituire un Presidio di Continuità assistenziale che permetta di : a) accogliere pazienti dimessi dall'Ospedale anche con NEWS >1 che sarebbero stati destinati alla degenza in Low Care; b) affidare ai MMG una funzione più diretta nella gestione di situazioni caratterizzate da acuzie o riacutizzazioni gestibili in ambito extraospedaliero, non solo con percorsi ambulatoriali, ma anche con la gestione di posti letto residenziali a medio-bassa intensità di cura medica e ad alta intensità assistenziale;

**ESAMINATO** il nuovo "*Regolamento Presidio di Continuità Assistenziale: Low care/Cure Intermedie*" della Zona Distretto Area Pratese, cod. az. DGCAREG01, allegato in parte integrante e sostanziale al presente atto, allegati esclusi, (All. 1), volto ad implementare il modello delle "*cure intermedie*" come finora attuate, sotto il profilo della numerosità e complessità dei pazienti;

### **PRESO ATTO ANCORA**

- che la struttura Cure Intermedie della ex Azienda Us1 4 di Prato si configura come uno snodo assistenziale importante in ambito territoriale a servizio della flessibilità e circolarità dei percorsi di cura rivolti non solo alla cronicità;
- che detta struttura è organizzata in moduli flessibili di 24 posti letto che accoglieranno pazienti in dimissione dal presidio ospedaliero o direttamente dal domicilio;
- che il progetto prevede, al momento, di destinare sul totale dei 24 posti letto, 20 ai pazienti di provenienza ospedaliera e 4 ai pazienti provenienti dal territorio;

**RITENUTO** pertanto opportuno procedere all'approvazione del nuovo “*Regolamento Presidio di Continuità Assistenziale: Low care/Cure Intermedie*” della Zona Distretto Area Pratese, cod. az. DGCAREG01, allegato in parte integrante e sostanziale al presente atto, allegati esclusi, (All. 1), che sostituisce integralmente il testo approvato con delibera del Direttore Generale (ex Asl 4 Prato) n. 940 del 17.10.2013, cod. az. 11550REG01, dando atto che il medesimo nella nuova stesura si applica a decorrere dalla data di esecutività del presente atto;

**STABILITO** di confermare la quota forfetaria pari ad € 90,00=, già riconosciuta con la sopracitata delibera del Direttore Generale (ex Asl 4 Prato) n. 940 del 17.10.2013, al MMG dell'assistito presso la struttura Cure Intermedie, per la presa in carico durante il primo accesso presso il presidio e che le successive visite programmate sono assimilate dal punto di vista economico agli accessi ADP/ADI;

#### **RITENUTO INOLTRE**

- di dare mandato alla UOC Gestione Convenzioni Uniche Nazionali (ex AUSL 4 di Prato) di procedere agli adempimenti di competenza relativamente all'imputazione dei costi previsti per i compensi dei MMG come sopra menzionati;
- di dare mandato al Dipartimento della Continuità Assistenziale (ex AUSL 4 di Prato) di provvedere all'inoltro del nuovo “*Regolamento Presidio di Continuità Assistenziale: Low care/Cure Intermedie*” della Zona Distretto Area Pratese, cod. az. DGCAREG01 a tutti gli operatori dell'Azienda operanti presso il suddetto Presidio, nonché ai rappresentanti dei MMG nell'ambito del Comitato Aziendale per la Medicina Generale, ai fini della più ampia diffusione da effettuarsi anche tramite pubblicazione sul sito della rete intranet aziendale;
- di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile al fine di consentire l'immediata applicazione del regolamento in parola;

**SU** proposta del Direttore della UOC Attività Amministrativa Zona Distretto e Dipartimento di Prevenzione afferente alla ex AUSL 4 di Prato;

**ACQUISITI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore dei Servizi Sociali;

### **DELIBERA**

per i motivi esposti in narrativa

- 1) di approvare il nuovo “*Regolamento Presidio di Continuità Assistenziale: Low care/Cure Intermedie*” della Zona Distretto Area Pratese, cod. az. DGCAREG01, allegato in parte integrante e sostanziale al presente atto, allegati esclusi, (All. 1), che sostituisce integralmente il testo approvato con delibera del Direttore Generale (ex Asl 4 Prato) n. 940 del 17.10.2013, cod. az. 11550REG01, dando atto che il medesimo nella nuova stesura si applica a decorrere dalla data di esecutività del presente atto;


- 2) di confermare la quota forfetaria pari ad € 90,00.=, già riconosciuta con la sopracitata delibera del Direttore Generale (ex Asl 4 Prato) n. 940 del 17.10.2013, al MMG dell'assistito presso la struttura Cure Intermedie, per la presa in carico durante il primo accesso presso il presidio e che le successive visite programmate sono assimilate dal punto di vista economico agli accessi ADP/ADI;
- 3) di dare mandato alla UOC Gestione Convenzioni Uniche Nazionali (ex AUSL 4 di Prato) di procedere agli adempimenti di competenza relativamente all'imputazione dei costi previsti per i compensi dei MMG come sopra menzionati;
- 4) di dare inoltre mandato al Dipartimento della Continuità Assistenziale (ex AUSL 4 di Prato) di provvedere all'inoltro del nuovo "*Regolamento Presidio di Continuità Assistenziale: Low care/Cure Intermedie*" della Zona Distretto Area Pratese, cod. az. DGCAREG01 a tutti gli operatori dell'Azienda operanti presso il suddetto Presidio, nonché ai rappresentanti dei MMG nell'ambito del Comitato Aziendale per la Medicina Generale, ai fini della più ampia diffusione da effettuarsi anche tramite pubblicazione sul sito della rete intranet aziendale;
- 5) di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile al fine di consentire l'immediata applicazione del regolamento in parola;
- 6) di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 42, comma 2, della L.R. Toscana n. 40/2005 e succ. mod. ed integrazioni e di provvedere all'attivazione delle previste procedure di pubblicazione degli atti.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**(Dr. Paolo Morello Marchese)**

**II DIRETTORE AMMINISTRATIVO**  
**(Dr. Enrico Volpe)**

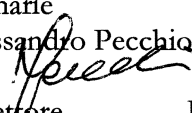
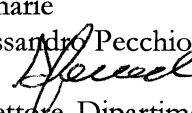
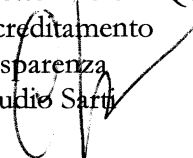
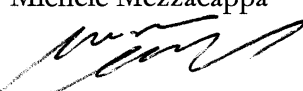


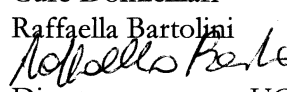
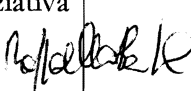


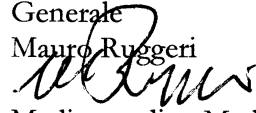
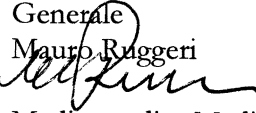
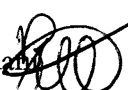

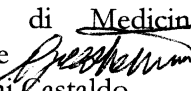
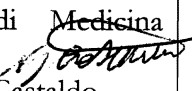
**II DIRETTORE SANITARIO**  
**(Dr. Emanuele Gori)**


**IL DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIALI**  
**(Dr.ssa Rossella Boldrini)**

	Dipartimento Gestionale Continuità Assistenziale	cod. az.	DGCA REG 01
	Regolamento	Revisione	0
	Presidio di Continuità Assistenziale : Low Care /Cure Intermedie	Pagina	1 di 14

## Regolamento..

### PRESIDIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE: Low Care/Cure Intermedie

Redatto	Verificato (Processo)	Verificato SGQ	Approvato
Direttore UOSD Cure Primarie Alessandro Pecchioli 	Direttore UOSD Cure Primarie Alessandro Pecchioli 	Direttore UOC Qualità e Accreditamento e Trasparenza Claudio Sartori 	Direttore Zona Distretto Michele Mezzacappa 
Direttore UOC Recupero Rieducazione Funzionale Bruna Lombardi 	Direttore Dipartimento Gestionale Continuità Assistenziale Bruna Lombardi 		
IAS Sanità d'Iniziativa e Cure Domiciliari Raffaella Bartolini 	IAS Sanità di Iniziativa e Cure domiciliari Raffaella Bartolini 		
Direttore UOC Medicina interna ad orientamento cardiometabolico Massimo Di Natale 	Direttore UOC Medicina interna ad orientamento cardiometabolico Massimo Di Natale 		
Medico di Medicina Generale Mauro Ruggeri 	Medico di Medicina Generale Mauro Ruggeri 		
Medico di Medicina Generale Nicolò Biancalani 	Medico di Medicina Generale Nicolò Biancalani 		
Medico di Medicina Generale Giovanni Castaldo 	Medico di Medicina Generale Giovanni Castaldo 		

	Dipartimento Gestionale Continuità Assistenziale	cod. az.	DGCA REG 01
	<b>Regolamento</b> <b>Presidio di Continuità Assistenziale :</b> <b>Low Care /Cure Intermedie</b>	Revisione	0
		Pagina	2 di 14

INDICE DI REVISIONE	DATA	TIPO DI MODIFICA
0	26 giugno 2013	PRIMA EMISSIONE (Regolamento di funzionamento interno del Presidio di Continuità Assistenziale – Cure Intermedie – cod. az. 01550REG01)
1	<del>07 MAR. 2016</del>	Modifiche organizzative
2		
3		

L'originale del presente documento è depositato presso il Dipartimento Gestionale Continuità Assistenziale.

Il presente documento è diffuso a tutti attraverso Intranet aziendale.

Il documento viene distribuito a cura del/dei redattore/i ai soggetti riportati nella lista di distribuzione, che hanno il compito di diffonderlo ai collaboratori delle strutture afferenti il proprio ambito di competenza, tenuti a conoscere ed applicare il documento.

Il presente documento verrà revisionato ogni volta che intervengano sostanziali modifiche organizzative o eventuali variazioni nella normativa cogente o di altri documenti ufficiali presi a riferimento e comunque entro 3 anni dalla data di applicazione.

Gruppo di lavoro:

Alessandro Pecchioli – Direttore UOSD Cure Primarie

Bruna Lombardi – Direttore UOC Recupero Rieducazione Funzionale


Raffaella Bartolini – IAS Sanità di Iniziativa e Cure domiciliari

Massimo Di Natale – Direttore UOC Medicina 2

Mauro Ruggeri – Medico di Medicina Generale

Niccolò Biancalani – Medico di Medicina Generale


Giovanni Castaldo – Medico di Medicina Generale

	Dipartimento Gestionale Continuità Assistenziale	cod. az.	DGCA REG 01
	<b>Regolamento</b> <b>Presidio di Continuità Assistenziale :</b> <b>Low Care /Cure Intermedie</b>	Revisione	0
		Pagina	3 di 14

## Sommario

Art. 1 Premessa .....	4
Art. 2 Scopo.....	5
Art. 3 Riferimenti.....	5
Art. 4 Definizioni.....	5
Art. 5 Attori .....	6
Art. 6 Obiettivi.....	6
Art. 7 La Struttura.....	6
Art. 8 Attivazione del percorso e modalità di accesso .....	7
Art. 9 Tipologia dei pazienti eligibili.....	7
Art. 10 Pazienti non ammissibili.....	8
Art. 11 Tempo di permanenza.....	9
Art. 12 Assistenza medica.....	9
Art. 13 Assistenza infermieristica.....	10
Art. 14 Assistenza alla persona .....	11
Art. 15 Prestazioni generali .....	12
Art. 16 Disponibilità farmacologia/accertamenti diagnostici .....	12
Art. 17 Responsabilità organizzativa.....	12
Art. 18 Responsabilità clinica.....	12
Art. 19 Documentazione .....	13
Art. 20 Modalità di dimissione.....	13
Art. 21 Indicatori .....	13
Art. 22 Analisi dei rischi.....	14
Art. 23 Sistema informativo .....	14
Allegati.....	14
Lista Distribuzione .....	14



	Dipartimento Gestionale Continuità Assistenziale	cod. az.	DGCA REG 01
	<b>Regolamento</b> <b>Presidio di Continuità Assistenziale :</b> <b>Low Care /Cure Intermedie</b>	Revisione	0
		Pagina	4 di 14

## Art. 1 Premessa

Il nostro Servizio Sanitario pone al centro il cittadino, che deve trovare una risposta adeguata ai suoi bisogni di salute nell'ambito di un efficiente sistema delle "cure" in grado di garantire la continuità dell'assistenza.

Il bisogno sanitario e, seppur in minor misura, quello socio-sanitario devono determinare la corretta risposta assistenziale in termini di intensità di cura.

Questo processo riguarda parimenti l'ambito ospedaliero e la medicina territoriale. Quanto sopra comporterà il completamento della ristrutturazione degli Ospedali per intensità di cure e la contemporanea indispensabile riorganizzazione delle Cure territoriali. Anche in questo ambito le risposte ai bisogni di salute devono essere fornite secondo intensità di cura o meglio di assistenza.

La storica contrapposizione Ospedale –Territorio ha determinato la mancanza di un vero sistema integrato nel quale ambedue queste organizzazioni complesse potessero esprimere il massimo della loro potenzialità. E' necessario superare l'autoreferenzialità spostando il confronto sul tema dell'appropriatezza in risposta ai fabbisogni assistenziali.

Il concetto di appropriatezza applicato non solo alle attività clinico-assistenziali, ma anche e primariamente al "dove" setting cioè al luogo di cura e al professionista più pertinente non solo in termini di competenze ma anche di tecnologie e tempi disponibili.


Superare la contrapposizione dualistica ospedale territorio implica, pertanto, la costruzione di "ponti" non solo culturali ma anche organizzativi ed operativi.

E' necessario sviluppare una rete di servizi con lo scopo di:

- 1) evitare il ricovero nei casi che possono essere gestiti a livello territoriale
- 2) dimettere più precocemente possibile i pazienti che hanno ottenuto un inquadramento diagnostico sufficiente ed una stabilizzazione delle condizioni critiche, ma che devono ancora completare il processo di "cura" e riabilitazione funzionale.

Nella Zona Distretto Area Pratese, al modulo di 12 posti letto attivi di cure intermedie se ne è aggiunto un altro di ulteriori 12, per un totale di 24 posti letto. Fino ad ora i posti letto delle cure intermedie sono stati destinati ad accogliere pazienti dimessi dall'ospedale, in stabilità clinica cioè con NEWS<1. L'attuale situazione organizzativa dell'ospedale e del territorio e la chiusura dei posti letto di Low Care comportano la necessità di costituire un Presidio di Continuità assistenziale che permetta di:

- accogliere pazienti dimessi dall'Ospedale anche con NEWS>1 che sarebbero stati destinati alla degenza in Low Care.
- affidare ai MMG una funzione più diretta nella gestione di situazioni caratterizzate da acuzie o riacutizzazione gestibili in ambito extraospedaliero, non solo con percorsi ambulatoriali, ma anche con la gestione di posti letto residenziali a medio–bassa intensità di cura medica e ad alta intensità assistenziale.

	Dipartimento Gestionale Continuità Assistenziale	cod. az.	DGCA REG 01
	<b>Regolamento</b> <b>Presidio di Continuità Assistenziale :</b> <b>Low Care /Cure Intermedie</b>	Revisione	0
		Pagina	5 di 14

## Art. 2 Scopo

Il presente progetto è volto ad implementare il modello delle “cure intermedie” come finora attuate, sotto il profilo della numerosità e complessità dei pazienti. La struttura si configura come un importante snodo assistenziale in ambito territoriale, a servizio della flessibilità e circolarità dei percorsi di cura rivolti non solo alla cronicità.


Il modello progettuale sviluppato e le principali linee d’azione individuate per la sua realizzazione sono coerenti con gli indirizzi regionali contenuti nella DGRT 1231/2012, nel parere del CSR n. 34/2013 e nella successiva DGRT 431/2013

## Art. 3 Riferimenti

- Delibera Giunta Regione Toscana n. 1235/2012 “DGR 754/2012, allegato B "Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale". Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste e relativo piano operativo”
- Parere del Consiglio Sanitario Regionale n. 34/2013 approvazione del documento “Sviluppo del Sistema Cure Intermedi al fine dell’utilizzo corretto delle risorse ex DGRT n. 1235/2012”
- Delibera Giunta Regionale Toscana n. 431/2013 “Approvazione progetti delle Aziende USL della Toscana relativi allo sviluppo delle Cure Intermedie e assegnazione quota di finanziamento aggiuntiva”
- Procedura generale Gestione carrello emergenza e defibrillatore cod. az. GRCPRG01
- Manuale gestione rifiuti cod. az. 0155PRG01
- Istruzione operativa Gestione del registro di carico e scarico dei rifiuti sanitari cod. az. 01150IOP07

## Art. 4 Definizioni

- MMG= Medico di Medicina Generale
- S.C.H.A.T.= Servizio di Continuità Assistenziale Ospedale Territorio
- PCA= Presidio di Continuità Assistenziale
- LC= Low Care
- CI= Cure Intermedie
- MRO= Medico a Rapporto Orario
- MG= Medicina Generale
- RSA= Residenza Sanitaria Assistita
- CA= Continuità Assistenziale
- ADI= Assistenza Domiciliare Integrata
- ADP= Assistenza Domiciliare Programmata
- MPCA= Medico Processo Continuità Assistenziale
- UO= Unità Operativa
- UOSD = Unità Operativa Semplice Dipartimentale
- OSS= Operatore Socio Sanitario
- PDTA= Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

	Dipartimento Gestionale Continuità Assistenziale	cod. az.	DGCA REG 01
	<b>Regolamento</b> <b>Presidio di Continuità Assistenziale :</b> <b>Low Care /Cure Intermedie</b>	Revisione	0
		Pagina	6 di 14

### Art. 5 Attori

- Struttura Cure Intermedie
- UOC Medicina interna ad orientamento cardiometabolico
- MMG
- SCHAT
- UOSD Cure Primarie
- Coordinatore Infermieristico PCA
- MRO
- UU.OO./UOSD
- UOC Infermieristica

### Art. 6 Obiettivi


1. Ridurre/eliminare il prolungamento inappropriato dei ricoveri in ospedale di pazienti che hanno raggiunto un'accettabile stabilità clinica al fine di:
  - Facilitare il turn over efficiente dei pazienti ricoverati;
  - Ridurre i rischi per la salute e lo stato funzionale connessi al ricovero in ospedale;
2. Ridurre i re-ricoveri a breve-medio termine;
3. Favorire il recupero funzionale dei pazienti dimessi dall'ospedale per riacutizzazione di patologie croniche e evento acuto di prima insorgenza;
4. Evitare il ricovero nei casi che possono essere gestiti a livello territoriale;
5. Consentire interventi riabilitativi a media-bassa intensità nella post acuzie;
6. Rinforzare il self-management nella cura della malattia;
7. Favorire la continuità dell'assistenza nei percorsi di cura sperimentando forme di presa in carico condivisa tra ospedale e territorio;
8. Valorizzare la figura del MMG a rapporto orario come previsto nella Delibera G.R.T. n. 1235/2012.

### Art. 7 La Struttura

Il Presidio di Continuità Assistenziale è una struttura extraospedaliera, che ha sede presso l'ex Padiglione Malattie Infettive, al I° piano (superficie mq. 1.343). La struttura consente di lavorare nelle aree di bisogno, articolando il funzionamento attraverso linee o livelli di processo per complessità assistenziale. Il modello prescelto è quello cosiddetto patient – based, in cui le aree di degenza sono “aperte e variabili” (moduli), orientati per modalità ed intensità di bisogno assistenziale.

La struttura è organizzata in moduli flessibili di 24 posti letto che accoglieranno pazienti in dimissione dal presidio ospedaliero o direttamente dal domicilio; il progetto prevede, al momento, di destinare sul totale dei 24 posti letto, 20 ai pazienti di provenienza ospedaliera e 4 ai pazienti provenienti dal territorio.

La gestione clinica dei pazienti ospiti della struttura è condivisa tra medici ospedalieri, medici di medicina generale e medici a rapporto orario, che, a vario titolo, operano nella struttura.

	Dipartimento Gestionale Continuità Assistenziale	cod. az.	DGCA REG 01
	<b>Regolamento</b> <b>Presidio di Continuità Assistenziale :</b> <b>Low Care /Cure Intermedie</b>	Revisione	0
		Pagina	7 di 14

## Art. 8 Attivazione del percorso e modalità di accesso

Attivazione : nel caso di attivazione del percorso in dimissione ospedaliera, la segnalazione deve pervenire dal Medico dell'area ospedaliera di ricovero, previo contatto con il Medico di Medicina Generale, al Medico del PCA e al coordinatore infermieristico del PCA.

Nel caso di provenienza dal territorio, la segnalazione deve pervenire da parte del Medico di Medicina Generale al Medico a Rapporto Orario del PCA e al coordinatore infermieristico del PCA.

Modalità di accesso: nel caso specifico delle dimissioni ospedaliere le eventuali valutazioni saranno effettuate dai professionisti della struttura responsabili della dimissione.

Il paziente accede al ricovero in PCA munito di una documentazione di accompagnamento che deve contenere in ogni caso la relazione clinica, definita al momento del trasferimento.

Di norma i trasferimenti in entrata devono avvenire entro le 10.00; l'accesso ai posti letto non può essere effettuato nei giorni festivi.

## Art. 9 Tipologia dei pazienti eligibili

I pazienti in dimissione dall'ospedale devono presentare i seguenti requisiti clinici assistenziali:

- a) pazienti dimissibili dall'ospedale ma non in condizioni di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio, clinicamente stabilizzati (NEWS\* score 0-1);  
oppure
- b) pazienti dimissibili dall'ospedale ma non in condizioni di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio, in corso di stabilizzazione clinica (NEWS score =  $\geq 2$ ).

Tali pazienti devono comunque avere il processo diagnostico completo e concluso, la prognosi definita e il programma di trattamento terapeutico stabilito.


I pazienti di provenienza dal territorio devono presentare i seguenti requisiti clinici assistenziali:

- a) pazienti con impossibilità di sviluppo del piano assistenziale a domicilio, in quanto le possibilità di assistenza domiciliare non offrono garanzie sufficienti in relazione alla situazione clinica del paziente ma in cui il ricovero in ospedale per acuti potrebbe essere ancora evitato;
- b) pazienti con programma di trattamento diagnostico-terapeutico già predisposto e concordato tra MMG e MRO.

Con questo regolamento si intende anche contribuire fattivamente alla soluzione di problematiche di assistenza sanitaria connesse alla gestione della cosiddetta "acuzie territoriale" o meglio urgenze di comunità. Per "acuzie territoriale" si intendono una serie di patologie respiratorie, cardiologiche, endocrinologiche, vascolari, ortopediche che necessitino di un immediato intervento da parte dei sanitari ed il cui trattamento non possa essere concluso all'interno degli ambulatori dei MMG e non abbia i criteri di appropriatezza come ricovero in un ospedale ad alta intensità di cura. Per questo la gestione dei casi da parte dei MMG deve essere effettuata in un ambiente che fornisca garanzie di sicurezza ai pazienti ma con costi minori rispetto ad un classico ricovero ospedaliero, con indubbi vantaggi economici e con una sostanziale riduzione di accessi al PS e di ricoveri in ospedale.

A titolo puramente esemplificativo, le acuzie territoriali da intercettare potrebbero riguardare patologie, alcune delle quali già oggetto di specifici PDTA che interessano i seguenti apparati:

- 1) Apparato respiratorio
  - BPCO riacutizzata
  - Polmoniti
- 2) Apparato cardiocircolatorio
  - Scompenso cardiaco

	Dipartimento Gestionale Continuità Assistenziale	cod. az.	DGCA REG 01
	<b>Regolamento</b> <b>Presidio di Continuità Assistenziale :</b> <b>Low Care /Cure Intermedie</b>	Revisione	0
		Pagina	8 di 14

- Accesso ipertensivo
  - Fibrillazione atriale
  - Gestione TAO
- 3) Apparato gastrointestinale
- Diarree profuse
  - Dolore addominale
  - Colica biliare
- 4) Apparato urogenitale
- Colica renale
- 5) Apparato vascolare
- TVP complicate
  - Ulcere vascolari
- 6) Endocrinologia
- Diabete
  - Ulcere diabetiche
- 7) Pazienti che necessitano di un monitoraggio intensivo per ottenere un' adeguata compliance ad iter terapeutici o per la preparazione ad esami diagnostici complessi.


**Tav. 1: National Early Warning Score (NEWS)**

PARAMETRI FISIOLGICI	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza del respiro	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Saturazione Ossigeno	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
Ossigeno supplementare		SI		NO			
Temperatura corporea	≤ 35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥ 39.1	
Pressione sistolica	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Frequenza cardiaca	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Stato di coscienza							sopore o coma

## Art. 10 Pazienti non ammissibili

Non possono essere ammessi pazienti quali:

- pazienti con manifestazioni cliniche di patologie infettive, diffuse e contagiose in atto che possano rappresentare un pericolo per gli altri ospiti della struttura;
- pazienti psichiatrici o comunque con problematiche di salute mentale;
- pazienti con gravi disturbi cognitivo-comportamentali;
- pazienti terminali;
- pazienti con ragioni esclusivamente sociali che prolungano il ricovero;
- pazienti lungodegenti;

	Dipartimento Gestionale Continuità Assistenziale	cod. az.	DGCA REG 01
	<b>Regolamento</b> <b>Presidio di Continuità Assistenziale :</b> <b>Low Care /Cure Intermedie</b>	Revisione	0
		Pagina	9 di 14

- pazienti che hanno in corso specifici programmi riabilitativi ed un progetto riabilitativo individuale che necessita del ricovero in setting estensivo od intensivo di riabilitazione;
- pazienti che, oltre ai precedenti, possono già usufruire di specifici e più appropriati percorsi definiti.

### Art. 11 Tempo di permanenza

IL PCA è orientato al recupero dell'autonomia funzionale residua e al rientro dei pazienti al loro domicilio e per questo ha necessariamente un tempo di permanenza con una durata limitata pari a 8-10 giorni (e comunque non superiore a 15 giorni nei casi particolari più lunga degenza).

In nessun caso il paziente seguito nel PCA può accedere in maniera automatica ai successivi servizi residenziali, ancorché temporanei (quali RSA), senza la valutazione da parte degli operatori del Servizio di Continuità Assistenziale Ospedale Territorio (UVM SCAHT); né il trattamento prestato nel PCA può costituire titolo per il superamento delle procedure ordinarie e delle liste di attesa per l'accesso ai servizi residenziali.

### Art. 12 Assistenza medica


Presso il PCA l'assistenza medica è garantita da:

- Medici del PCA che garantiscono la loro presenza dalle 8.00 al 20.00 dal lunedì al venerdì e dalle 8.00 alle 14.00 i prefestivi. I compiti affidati sono:
  - responsabilità clinica dell'assistenza dei pazienti ricoverati in PCA di cui non è stata ancora fatta la presa in carico dalla MG;
  - consulenza al MMG (compresi gli aspetti eminentemente riabilitativi e valutativi della fragilità).
- MMG, titolare della scelta; il MMG è il responsabile del governo clinico (della diagnosi, della terapia, della prevenzione secondaria e delle consulenze necessarie) dei pazienti dimessi dall'ospedale e ospiti presso il PCA, dal momento in cui ha personalmente effettuato la presa in carico e di quelli di provenienza territoriale da lui stessi inviati. Inoltre garantisce il proprio intervento, tramite accessi programmati, in occasione dei quali, partecipa al briefing di dimissione.
- MRO: la presenza è prevista:
  - nei giorni feriali: in turni di 2 ore la mattina e due il pomeriggio;
  - nei giorni prefestivi e festivi: in turni diurni e notturni (vedi tabella riepilogativa).

L'attività svolta dai MRO è quella di:

- garantire la continuità assistenziale diurna e notturna per i pazienti ricoverati nella struttura, in particolare, durante il giorno, primariamente per i pazienti già in carico alla medicina generale (dimessi dall'ospedale con NEWS $\leq$ 1 e pazienti di provenienza dal domicilio);
- Svolgere funzione di raccordo con i MMG che hanno i loro assistiti ricoverati.

In un fase iniziale, al fine di consentire, visti i tempi tecnici necessari, l'individuazione tramite bando dei 5 MRO che costituiranno il pool dedicato (fase a regime), sarà possibile garantire la presenza/copertura tramite un turno di personale ricavato dal rafforzamento di un'unità della CA di Prato Centro (che garantirà i turni notturni feriali, notturni prefestivi e festivi e diurni festivi e prefestivi, per un complessivo di 108 ore). Per strutturare il turno si procederà al conferimento, per il periodo 1 marzo 2016 – 30 aprile 2016 (ev. rinnovabile), di n. 4 incarichi provvisori di Continuità

	Dipartimento Gestionale Continuità Assistenziale	cod. az.	DGCA REG 01
	<b>Regolamento</b> <b>Presidio di Continuità Assistenziale :</b> <b>Low Care /Cure Intermedie</b>	Revisione	0
		Pagina	10 di 14

Assistenziale per 24 h sett.li ciascuno a supporto della sede di C.A. di PO-Centro. Nella fase di start up, gli accessi dall'ospedale saranno limitati ai pazienti in stabilità clinica NEWS < o = 1. Questa fase sarà limitata alla fase di strutturazione del nuovo team multidisciplinare medico, infermieristico-assistenziale e fisioterapico ed alla ricerca della necessaria integrazione dei singoli componenti.

In merito all'individuazione dei MRO, si rende opportuno ricorrere ad un bando per 5 medici che riescano a coprire le ore settimanali richieste.

Turno per Medico a rapporto orario a settimana	N. turni	N. ore
turno diurno feriale	5	20
turno notturno feriale	5	60
turno diurno prefestivo	1	6
turno notturno prefestivo	1	12
turno diurno festivo	1	12
turno notturno festivo	1	12
<b>Totale</b>	<b>14</b>	<b>122</b>

- Personale medico specialistico: le prestazioni di assistenza specialistica saranno previste durante la permanenza dell'assistito presso PCA. Le consulenze specialistiche saranno garantite con la modalità prevista nella procedura accessi domiciliari degli specialisti.


Il paziente rimane in carico al Medico già titolare della scelta, che coordinerà l'intero piano assistenziale del paziente stesso, raccordandosi con i MRO.

Il MMG titolare potrà attivare normalmente l'assistenza nella struttura, articolandovi la sua presenza settimanale e garantendo quanto previsto dagli Accordi Nazionali, Regionali ed Aziendali per l'assistenza programmata.

Il rispetto dell'impegno complessivo di presenza sarà documentato mediante la firma sull'apposito "foglio di presenza" contenente l'indicazione dell'ora iniziale e finale di ogni turno durante il quale devono essere comunque garantite tutte le prestazioni necessarie.

### Art. 13 Assistenza infermieristica

La premessa indispensabile in questo tipo di progettualità sta nella concezione di assistenza complementare in cui l'obiettivo assistenziale è di valorizzare le abilità per recuperare l'autonomia nella vita quotidiana strumentali e non strumentali attraverso la riattivazione motoria, l'educazione sanitaria e la valutazione del self-care. Il risultato assistenziale e le abilità infermieristiche devono convergere dunque sul recupero massimale dell'autonomia funzionale con un coinvolgimento a sinergia crescente dei supporti informali (care givers individuati). Le esperienze passate e quelle attuali, orientano verso un modello assistenziale che abbia alla sua base il lavoro in team multidisciplinare socio-sanitario e con l'obiettivo del piano assistenziale personalizzato e definito per e con ogni singolo paziente. Particolare rilievo assumono le competenze infermieristiche nella capacità di gestire l'impostazione assistenziale nel passaggio da un setting a un altro (es. da cure intermedie a domicilio).

	Dipartimento Gestionale Continuità Assistenziale	cod. az.	DGCA REG 01
	<b>Regolamento</b> <b>Presidio di Continuità Assistenziale :</b> <b>Low Care /Cure Intermedie</b>	Revisione	0
		Pagina	11 di 14

La struttura garantirà l'assistenza infermieristica sulle 24 ore, l'assistenza di supporto e l'assistenza riabilitativa di mantenimento necessarie. L'assistenza infermieristica dovrà essere garantita 24 ore su 24 senza alcuna interruzione, prevedendo n.8 Infermieri + 1 Coordinatore.

La supervisione ed il coordinamento complessivo dell'assistenza infermieristica sarà assicurato dal Coordinatore Infermieristico del PCA/CI.

### Art. 14 Assistenza alla persona

L'assistenza alla persona, garantita dagli Operatori Sociosanitari, rappresenta uno dei momenti fondamentali relativi all'utilizzo dei posti letto di cure intermedie.

Essa comprende:


- la cura dell' "unità paziente",
- la sorveglianza degli ospiti,
- le cure igieniche dell'ospite, cercando di salvaguardare le potenzialità residue di autonomia, nonché l'aiuto nell'igiene personale e nell'abbigliamento,
- la assistenza ed il controllo nell'alimentazione (somministrazione dei pasti con eventuale assistenza e sorveglianza),
- l'accompagnare in bagno l'ospite quando possibile o il periodico cambio durante il giorno se incontinente,
- l'esecuzione di programmi di rieducazione minzionale (bladder retraining) quando prescritti,
- l'assistenza al paziente nelle attività di base della vita quotidiana e nelle attività strumentali possibili, a seconda del recupero del grado di autonomia;
- l'esecuzione degli schemi di posizionamento,
- l'accompagnamento del paziente negli spostamenti all'interno della degenza, utilizzando quando necessarie le attenzioni e gli ausili che man mano vengono proposti dal medico o dai terapisti;
- l'utilizzo di ortesi o ausili prescritti;
- l'osservazione degli schemi di posizionamento prescritti,
- il posizionamento dei mezzi di contenzione quando prescritti,
- l'attenzione all'ambiente per ridurre i rischi di cadute e di fughe.

Infermieri e operatori sociosanitari totale n. 13 unità

Articolazione del turno:

Turni	Infermiere	OSS
mattina	2	3
pomeriggio	2	3
notte	1	2



	Dipartimento Gestionale Continuità Assistenziale	cod. az.	DGCA REG 01
	<b>Regolamento</b> <b>Presidio di Continuità Assistenziale :</b> <b>Low Care /Cure Intermedie</b>	Revisione	0
		Pagina	12 di 14

### Art. 15 Prestazioni generali

Ai soggetti interessati vengono assicurate:

- tutte le prestazioni sanitarie previste dai vigenti ACN per l'Assistenza Primaria (visite mediche, consulto con lo specialista, accesso presso gli ambienti di ricovero, prescrizioni farmaceutiche, richieste di visita o di indagine specialistica, proposta di ricovero, segnalazione ai servizi sociali, note applicative per i servizi di Continuità Assistenziale e di Emergenza 118, ecc.);
- la disponibilità dei normali servizi di continuità assistenziale secondo il modello applicato al momento sul territorio di riferimento anche tenendo conto di eventuali specifiche sperimentazioni

### Art. 16 Disponibilità farmacologia/accertamenti diagnostici

La struttura fornisce i presidi ordinari.

Nel caso di presa in carico in dimissione dal Presidio Ospedaliero, i farmaci necessari saranno direttamente forniti dalla Farmacia Ospedaliera.

Eventuali altri farmaci di fascia A, ovvero nel caso di accesso dal territorio, saranno direttamente erogati dalle strutture aziendali sulla base del piano terapeutico predisposto dal MMG.

In caso di necessità di accertamenti diagnostici (strumentali-ematochimici ecc.) si utilizzano le strutture aziendali territoriali ed ospedaliere con accessi programmati.

Sono garantiti gli esami ematochimici, esami delle urine, pulsossimetria, esami ecografici ed elettrocardiografici e un percorso dedicato di radiodiagnostica di primo livello (v. apposita istruzione operativa che indica la possibilità di Percorso Rx in Fast track: consulenza radiologico in Ospedale, senza previo passaggio dal PS, da effettuare entro 72 ore dalla richiesta)

### Art. 17 Responsabilità organizzativa

La responsabilità organizzativa del percorso assistenziale relativo ai posti letto definiti dal presente regolamento è del Direttore UOC Recupero e Rieducazione Funzionale. Fermo restando quanto sopra detto è altresì identificato un MMG che condivida la responsabilità organizzativa per la parte di propria competenza.


### Art. 18 Responsabilità clinica

La responsabilità del governo clinico dei pazienti di provenienza dal territorio e di quelli dimessi dall'ospedale con NEWS 0-1 è del MMG.

La responsabilità clinica di questi pazienti è dei MRO.

La responsabilità del governo clinico e quella clinica dei pazienti di provenienza dall'ospedale con NEWS = 0 >2 è del MPCA.

Il responsabile clinico del caso segue le diverse fasi attuative del piano di intervento individualizzato di volta in volta attribuito al MPCA e MMG, in funzione del valore della NEWS score prevede in ogni caso il passaggio formale di consegna/responsabilità che deve risultare nella cartella clinica (riportando data, ora e firma del medico accettante).

	Dipartimento Gestionale Continuità Assistenziale	cod. az.	DGCA REG 01
	<b>Regolamento</b> <b>Presidio di Continuità Assistenziale :</b> <b>Low Care /Cure Intermedie</b>	Revisione	0
		Pagina	13 di 14

### Art. 19 Documentazione

Per ogni paziente sarà intestata una scheda clinica corredata da diario clinico e copia degli esami effettuati dal paziente; alla dimissione sarà consegnata al paziente una copia della scheda e l'originale dei referti degli esami eseguiti.

### Art. 20 Modalità di dimissione

Al fine di ottimizzare l'intero processo della presa in carico territoriale, la pianificazione della dimissione dalla struttura avviene entro il 5° giorno dall'inserimento e comunque entro 48 ore dalla data di dimissione prevista, attraverso un briefing, d'intesa con il medico curante, e l'infermiere tutor, il paziente verrà dimesso dalla struttura che lo ospita e farà ritorno al proprio domicilio. L'uscita del paziente deve essere programmata entro le ore 9.


Possono essere previste :

1. Domicilio senza ulteriori interventi assistenziali.
2. Trattamenti riabilitativi ambulatoriali/domiciliari
3. Inserimento in percorsi di Sanità d'iniziativa e PDTA.
4. Inserimento temporaneo in RSA tramite UVM SCAHT.
5. Assistenza Domiciliare tramite Progetto "Dopo l'Ospedale Meglio a Casa" tramite UVM SCAHT.
6. Domicilio con attivazione di risposte assistenziali di carattere medico e/o infermieristico (ADI, ADP, servizio infermieristico domiciliare) tramite la segnalazione alla Centrale Assistenza Territoriale.

Il team multi professionale, composto da infermiere delle cure intermedie, MMG/MRO e, in casi particolari ogni altro professionista coinvolto nel percorso di cura, pianificano l'eventuale presa in carico per la continuità sul territorio attraverso un briefing multidisciplinare.

### Art. 21 Indicatori

- Tasso di occupazione dei posti letto attivati (non inferiore al 90%)
- Numero di pazienti dimessi a domicilio
- Numero di pazienti dimessi in RSA
- Durata media di degenza.
- Numero degli inserimenti rientrati al proprio domicilio alla scadenza fissata sul totale degli inserimenti.
- Numero degli inserimenti che hanno dato luogo entro 15 giorni dalla dimissione a successivi inserimenti in RSA sul totale delle dimissioni.
- Numero degli inserimenti rientrati in ambito ospedaliero entro 15 giorni dalla dimissione sul totale delle dimissioni.

	Dipartimento Gestionale Continuità Assistenziale	cod. az.	DGCA REG 01
	<b>Regolamento</b> <b>Presidio di Continuità Assistenziale :</b> <b>Low Care /Cure Intermedie</b>	Revisione	0
		Pagina	14 di 14

### Art. 22 Analisi dei rischi

Considerando l'organizzazione dell'attività della struttura, i principali rischi da presidiare sono i seguenti:

- Terapia Farmacologica: è necessario che i pazienti giungano in struttura accompagnati da una terapia già impostata dal medico che effettua la dimissione e correttamente prescritta su di una Scheda Terapeutica Unica. Per le caratteristiche dei pazienti, verrà utilizzata la STU già adottata in RRF, che diviene parte integrante del presente documento.
- Documentazione Clinica: predisporre una cartella Medico-Infermieristica integrata, che permetta di monitorare le Ulcere da Pressione, il Rischio Nutrizionale, il CVC, il Rischio Caduta, sul modello della scheda di valutazione multidimensionale infermieristica.
- Condizioni cliniche: è necessario implementare un sistema di rilevazione puntuale dei parametri vitali, per intercettare precocemente eventuali segni di deterioramento clinico. L'introduzione della NEWS, potrebbe essere una soluzione ottimale.
- Gestione delle emergenze cliniche: le modalità di allertamento e di gestione delle emergenze cliniche è quella prevista per i presidi territoriali, che prevede l'intervento del 118. (v. doc.)

### Art. 23 Sistema informativo

Si rende necessario mettere in rete i vari professionisti, attraverso l'utilizzo di una scheda clinica informatizzata, a supporto della gestione del paziente, che permetta di condividere le informazioni mediche (MMG, MRO, Specialisti e Medici PCA) ed infermieristiche, oltre alla possibilità di ricevere la restituzione dei referti degli esami effettuati.

#### Allegati

Cartella Clinica integrata – cod. az. DGCA MOD 01  
 Moduli di accesso (schede valutative) – cod. az. DGCA MOD 02  
 Moduli di dimissione– cod. az. DGCA MOD 03

#### Lista Distribuzione

Direttori Dipartimenti sanitari  
 Direttori UUOCC sanitari  
 Direttori UUOSSDD sanitari  
 P.O. e Coordinatori sanitari  
 Coordinatori AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali)  
 UOC Qualità Accreditamento e Trasparenza

**CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE**

**Atto n. 452 del 31-03-2016**

**In pubblicazione all`Albo dell`Azienda Usi dal 31-03-2016 al 15-04-2016**

**Esecutiva ai sensi della Legge Regionale Toscana n.40 del 24 febbraio 2005  
in data 31-03-2016**