
 Ospedale Maggiore  Regione Lombardia ASST Crema	Sistema Socio Sanitario SCHEDA PROGETTO n.1	Pag.1
--	--	-------

TITOLO PROGETTO

INTERVENTI NEI BLOCCHI PSICHIATRIA E PEDIATRIA DEL PRESIDIO DI CREMA PER LA MESSA IN SICUREZZA, CONFORMITÀ AI REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI E SPECIFICI; DA ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE, NONCHÉ AI REQUISITI DI SICUREZZA PER I PAZIENTI, DEGLI OPERATORI E SOGGETTI AD ESSI EQUIPARATI, DELLA PRIVACY DI CUI AL DM. 70/2015.

Ambito di intervento ex DGR X/5805 del 18/11/2016: AMBITO A - LIVELLI DI SICUREZZA

RELAZIONE SANITARIA

L' intervento ha per oggetto la ristrutturazione per messa a norma con le leggi cogenti in materia di sicurezza antincendio, impiantistica, alle disposizioni del D.M. 70/2015 in materia di riservatezza, umanizzazione e sicurezza dei pazienti ed operatori, alle norme di igiene e climatizzazione **dell' area degenziale del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura e della UO di Pediatria del Presidio di Crema.**

L' intervento previsto, indispensabile per superare la situazione di evidente e grave disallineamento rispetto agli standard ormai ritenuti minimali per le strutture similari, assume una valenza ancor maggiore se visto nella logica della realizzazione di percorsi funzionali dei pazienti dell' età evolutiva integrati fra servizi classicamente territoriali e strutture ospedaliere nell' ottica della applicazione della L. 23/2015.

Elementi di contesto rispetto alle norme di accreditamento istituzionale

Le strutture impegnate nei percorsi sopra indicati ed oggetto della presente richiesta (Reparto di Psichiatria, Blocco della UO di Pediatria non posseggono i criteri di sicurezza antincendio ed impiantistica dell' accreditamento istituzionale.

La UO di Psichiatria non possiede locali adeguati e dotati di sistemi di sorveglianza per l' isolamento in sicurezza per pazienti ed operatori in casi di grave acuzie, non possiede stanze idonee a ricovero di pazienti in età adolescenziale, la struttura è dotata di serramenti obsoleti che non garantiscono più idonea protezione né prevenzione di episodi di fuga e rischi autolesionistici, gli spazi sono insufficienti a gestire il numero di ricoveri corrente, la struttura è fatiscente.

La UO di Pediatria non è dotata di camere singole con posto letto per bambino e genitore, né di spazi adeguati alla gestione degli accessi di Pronto Soccorso pediatrico e/o percorsi di fast track.



L' intervento interessa il piano 1 del blocco Psichiatria e due piani del Blocco Pediatria.

Elementi salienti del contesto alla luce della L 23/2015

La ASST di Crema è da anni impegnata nella realizzazione dei seguenti progetti integrati nell' ambito prima della ASL ed ora integrati nell' ambito della ATS:

Progetti NPIA

1. Modello Integrato NPIA per interventi di psichiatria di comunità in adolescenza
2. Patologie precoci dello sviluppo e focus sulla psicopatologia 0-3 anni

 Ospedale Maggiore  Regione Lombardia ASST Crema	SCHEDA PROGETTO n.1	Pag.3
---	----------------------------	--------------

3. Riduzione delle liste di attesa relative a prestazioni di Logopedia e/o rivolte a pazienti affetti da sindrome dello spettro autistico o disabilità complessa

Programma innovativo in salute mentale

1. Riqualificazione dei percorsi territoriali di cura

L'aumento degli interventi acuti sull'adolescente è un fenomeno epidemiologicamente rilevante correlato anche all'abuso di sostanze stupefacenti ed all'abuso di alcool.

Inoltre la ATS della Valle Padana ha posto nell' ambito del contratto 2016 il seguente obiettivo: "Elaborazione ed adozione di un protocollo per il **ricovero del minore in acuzie psichiatrica**".

Si segnalano come criticità persistenti :

- la alta richiesta di prestazioni in urgenza alla NPIA e alla Psichiatria;
- la difficoltà nei ricoveri e nei percorsi intraospedalieri;
- scarsità di strutture residenziali e diurne nel territorio
- la inadeguatezza strutturale dei ricoveri in SPDC.

Si assiste infatti ad un crescente bisogno di gestire in acuzie i minori a fronte di una indisponibilità di posti letto nelle degenze delle UO di Neuropsichiatria della Regione.

Le strutture territoriali od ospedaliere della ASST sono ora inadeguate alla gestione di questi episodi acuti e la predisposizione di idonei percorsi di gestione e trattamento, spesso di sola osservazione temporanea, non trova possibilità di adeguata realizzazione per la inadeguatezza delle strutture sanitarie disponibili, oggi totalmente inadeguate ad accogliere un minore.

Peraltro con la recente riforma socio-sanitaria regionale l'integrazione viene potenziata ed allargata dall'entrata nelle ASST di altri servizi, Consultori e SerT, che intercettano i bisogni degli adolescenti e i percorsi oggetto degli altri progetti coinvolgono anche le strutture della Pediatria.

Allineamento al DM 70/2015

Le strutture oggetto di intervento, in particolare, non rispondono a requisiti di qualità dei servizi sanitari previsti come minimi dal DM 70/2015 per quanto attiene ad umanizzazione, riservatezza: il Pronto Soccorso, la Psichiatria e la Pediatria non consentono di poter gestire gli adolescenti in modo separato dagli adulti, né è garantito il rispetto degli standard di sicurezza per i pazienti, degli operatori e soggetti ad essi equiparati (punto 6.3 del DM 70/2015).

a) Benefici attesi

- garantire la sicurezza impiantistica in materia antincendio, elettrica, idro-sanitaria, dei gas, sia per la area Psichiatrica che Pediatrica;
- predisporre un **Reparto di Psichiatria** in grado di accogliere i pazienti in TSO in una camera sicura e dotata di dispositivi di sorveglianza;
- ampliare gli spazi del reparto SPDC riducendo il numero di posti letto per camera ed incrementando il numero di posti letto riducendo contestualmente e di pari numero il n° dei letti complessivi del presidio nel rapporto fissato dalle regole di sistema;
- prevedere una sistemazione per il paziente adolescente temporaneamente ricoverato;
- garantire tutti i requisiti strutturali e tecnologici generali e specifici di accreditamento a tutte le aree oggetto di intervento;
- realizzare un reparto di **Pediatria** in linea con i requisiti di accreditamento strutturali e tecnologici generali e specifici;

b) Domanda a cui si intende dare riposta con attivazione eventuali nuovi servizi

Gli interventi sono funzionali alla gestione dei pazienti psichiatrici adulti ed alla gestione dei percorsi integrati per l' adolescente affetto da disturbi acuti psicopatologici/psichiatrici e da abuso.

Garantire adeguati diritti di ricovero previsti da **La Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale ABIO/SIP.**

c) Coerenza con indicatori DM 70/2015

Si interviene su strutture e in discipline e servizi perfettamente coerenti con gli standard del DM70/2015 in quanto a dimensionamento rispetto al bacino di utenza della ASST di Crema.

La situazione attuale è invece disallineata rispetto al possesso dei requisiti di qualità dei servizi offerti in tema di umanizzazione, riservatezza, e, per quanto attiene all' ambito psichiatrico, della sicurezza del paziente e degli operatori.

f.to

**Il Direttore Sanitario
Dr.ssa Ermanna Derelli**

Firma autografa sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.L.vo n39/1993- art.3, comma 2

RELAZIONE TECNICA

a) Caratteristiche tipologiche .



L'intervento in oggetto interessa il Presidio Ospedaliero di Crema, largo Ugo Dossena, e riguarda in particolare, nell'ambito di un unico percorso sanitario di presa in carico del paziente pediatrico/adolescente, gli spazi attualmente afferenti al reparto di Pediatria ed al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, situati in due palazzine all'interno dello stesso presidio, collegate funzionalmente da percorsi interni, comuni e protetti, nonché dalle reti impiantistiche – tecnologiche generali del presidio. Attualmente l'attività viene svolta in locali funzionanti ma non funzionali alla delicata patologia dei pazienti qui ricoverati. Si tratta infatti di reparti mai oggetto di ristrutturazione, che presentano finiture e articolazione degli spazi interni risalenti all'epoca di costruzione degli edifici.

Obiettivo dell'intervento è l'adeguamento normativo delle aree e degli impianti presenti e la redistribuzione dei locali al fine non solo di soddisfare i requisiti generali e specifici richiesti dalla normativa vigente in materia di accreditamento ma di migliorare anche l'attività operativa del personale sanitario, garantendo dignità, sicurezza e privacy ai degenti.

Complessivamente la superficie interessata dall'intervento di adeguamento ed incremento dei livelli di sicurezza e di rispondenza ai requisiti di accreditamento è di 1.700,00 mq, di cui 1.200,00 mq riguardanti l'area pediatrica e 500,00 mq per l'area psichiatrica.

Nello specifico si procederà alla:

- Compartimentazione dei reparti ai fini antincendio;
- Adeguamento degli impianti elettrici e speciali, idro-termo sanitario, gas medicinali, rivelatori fumi;
- Realizzazione di nuovo bagno assistito;
- Nuova distribuzione spazi tramite demolizione/ricostruzione di alcuni tavolati interni;
- Realizzazione dell'area dedicata al degente adolescente;
- Realizzazione di un nuovo spazio coperto che verrà destinato a zona salotto, pranzo e laboratorio, in parte vetrato, donando luminosità e senso di apertura verso l'esterno;
- Formazione di una stanza dedicata al TSO;
- Sostituzione dei serramenti presenti con altri a contenimento energetico e antisfondamento;
- Realizzazione di sistemi di videosorveglianza

 Ospedale Maggiore  Regione Lombardia ASST Crema	SCHEMA PROGETTO n.1	Pag.6
---	---------------------	-------

- Miglioramento dell'aspetto legato all'umanizzazione degli spazi, realizzazione controsoffitto per contenere le altezze dei locali, tinteggiature con colori adeguati, rifacimento dei servizi igienici.

b) Caratteristiche sanitarie.

I locali oggetto di ristrutturazione saranno in possesso dei requisiti generali e specifici in materia di accreditamento e verranno realizzati in conformità a quanto richiesto dal Regolamento Locale di Igiene come meglio dettagliati nella relazione sanitaria.

c) Localizzazione territoriale ed urbanistica.

Gli immobili interessati dall'intervento in oggetto sono situati in Crema, largo Ugo Dossena, all'interno del Presidio Ospedaliero e sono censiti catastalmente al Foglio 45, mappale 130.

Gli immobili sono di proprietà dell'ASST di Crema e non sono soggetti a vincolo o a tutela; la tipologia di intervento è coerente con gli strumenti urbanistici previsti dal vigente P.G.T. del Comune di Crema ed è realizzabile mediante Permesso di Costruire (DPR 380/2001, art. 20) e si configura come un intervento di ristrutturazione.

d) Fattibilità tecnica ed amministrativa.

L'intervento riguarda immobili già in disponibilità all'Azienda e non comporta opere speciali o tecnologie di particolare rilevanza configurandosi come opere di adeguamento impiantistico e strutturale.

Assicurata la copertura economico-finanziaria si provvederà all'affidamento dell'incarico di progettazione esecutiva e all'approvazione del progetto alla procedura di affidamento dei lavori secondo normativa vigente.

Riguardo ai costi di realizzazione si dichiara:

- che non si rilevano interferenze con gli interventi già programmati, finanziati e in corso di realizzazione;
- gli interventi sono funzionali e funzionanti;
- gli interventi non comportano incrementi né sui costi di gestione né sul costo del personale.

Gli interventi risultano compatibili e realizzabili contestualmente al normale esercizio delle attività sanitarie.

Fasi operative:

- procedura affidamento progettazione esecutiva: mesi 2

- redazione del progetto esecutivo: mesi 3
- approvazioni e autorizzazioni: mesi 3
- procedura affidamento lavori: mesi 3
- affidamento lavori e stipula contratto: mesi 1
- esecuzione dei lavori: mesi 12
- collaudo delle opere: mesi 1
- messa in esercizio – avvio attività sanitarie: mesi 1

e) Finalità.

Gli interventi sono coerenti e rispettano i requisiti strutturali e tecnologici previsti dal D.P.R. 14/01/1997 e dalla normativa regionale per l’accreditamento delle strutture sanitarie nonché dal D.M. 70/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”.

f) Risultati attesi.

Obiettivo dell’intervento è l’adeguamento normativo delle aree e degli impianti presenti e la redistribuzione dei locali al fine non solo di soddisfare i requisiti generali e specifici richiesti dalla normativa vigente in materia di accreditamento ma di migliorare l’attività operativa del personale sanitario, garantendo dignità, sicurezza e privacy ai degenti.

g) Stima costi con relativa sostenibilità economica.

La stima dei costi per l’esecuzione dell’intervento in oggetto è stata quantificata sulla base dei costi sostenuti per interventi analoghi eseguiti recentemente presso lo stesso Presidio.

Totale importo lavorazioni intero intervento:

- Opere edili	€ 760.000,00
- Impianti	€ 710.000,00
- Oneri per la sicurezza	€ 170.000,00
Totale lavori	€ 1.640.000,00

Somme a disposizione:

- Iva sui lavori (10%)	€ 164.000,00
- Spese tecniche (contributi e iva compresi)	€ 266000,00
- Arredi (iva compresa)	€ 200.000,00
- Imprevisti	€ 70.000,00
Totale somme a disposizione	€ 700.000,00

COSTO TOTALE DELL’INTERVENTO € 2.340.000,00

Dettaglio lavori:

Area Psichiatria

- Opere edili	€	210.000,00
- Impianti	€	190.000,00
- Oneri per la sicurezza	€	5.000,00
Totale lavori	€	405.000,00

Area Pediatria

- Opere edili	€	550.000,00
- Impianti	€	520.000,00
- Oneri per la sicurezza	€	165.000,00
Totale lavori	€	1.235.000,00

h) Sostenibilità economica.

La copertura finanziaria dell'intervento, a carico di Regione Lombardia, potrà essere assicurata con fondi individuati nel Bilancio 2017-2019 come indicato dalla D.G.R. n. 5805 del 18 novembre 2016. Non è prevista quota di finanziamento a carico della ASST di Crema.

CRONOGRAMMA

Fasi \ Mesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Affidamento progettazione	■	■																								
Progettazione esecutiva			■	■	■																					
Approvazioni e autorizzazioni						■	■	■																		
Procedura per lavori									■	■	■															
Affidamento												■														
Esecuzione													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Collaudo																									■	
Messa in esercizio																										■

SCHEMA DI QUADRO ECONOMICO

Quadro economico

Lavorazioni

- Opere edili	€	760.000,00
- Impianti	€	710.000,00
- Oneri per la sicurezza	€	170.000,00
Totale lavori	€	1.640.000,00

Somme a disposizione



- Iva sui lavori (10%)	€ 164.000,00
- Spese tecniche (contributi e iva compresi)	€ 266000,00
- Arredi (iva compresa)	€ 200.000,00
- Imprevisti	<u>€ 70.000,00</u>
Totale somme a disposizione	€ 700.000,00

COSTO TOTALE DELL'INTERVENTO € 2.340.000,00

f.to
Il Direttore U.O. Tecnico-Patrimoniale
ing. Fabrizio Landi

Firma autografa sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.L.vo n39/1993- art.3, comma 2

ASST DI CREMA

 Ospedale Maggiore  Regione Lombardia ASST Crema	Scheda Progetto n. 2	Pag. 1
--	----------------------	--------

TITOLO PROGETTO

REALIZZAZIONE di un PreSST della ASST di Crema mediante ristrutturazione di un edificio polifunzionale destinato al PreSST e ad altre funzioni di rilievo per il cittadino mediante riqualificazione di edificio dismesso (ex Tribunale di Crema);

Ambito di intervento ex DGR X/5805 del 18/11/2016: AMBITO B - PIANI STRATEGICI LEGGE REGIONALE n. 23/2015

RELAZIONE STRATEGICA

Cosa si intende realizzare

L' intervento attua il Programma di Regione Lombardia per la revisione organizzativo e funzionale della rete dei servizi sanitari.

La ASST di Crema intende realizzare un **Presidio Socio-sanitario Territoriale (PreSST)** sito in Crema nel quale si realizzi concretamente la integrazione delle funzioni socio-sanitarie e sociali previste dalla Legge di riforma.

In esso trovano collocazione anche funzioni svolte dalla ASST e sparse nel territorio (NPIA, Centro per la Famiglia –Consultorio-), Servizi di front office (Scelte-revoche, Protezione giuridica, Commissioni ecc.) eliminando diseconomie sia funzionali che economiche.

In questo contesto trovano sede ulteriori funzioni di rilievo per la cittadinanza con lo scopo di accrescere la funzione di **“punto di riferimento”** di servizi polifunzionale per il cittadino.

Valore aggiunto al progetto è la **riqualificazione** dell'edificio dismesso (ex Tribunale di Crema) messo a disposizione dal Comune di Crema a titolo di cessione e/o costituzione di un diritto reale di godimento dell'immobile a condizioni compatibili con gli oneri di investimento secondo intese da concordare con Regione Lombardia 8vedasi delibera di giunta del Comune di Crema n. 2016/000563 del 20/12/2016.

L' intervento si situa nel contesto dell' evoluzione del Sistema Sanitario Regionale guidata dalla Legge Regionale 23/2015.

Come noto i PreSST costituiscono una **modalità organizzativa di riferimento** con lo scopo di **integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale** e concorrono alla presa in carico della persona e delle fragilità.

Tuttavia è però essenzialmente individuare il luogo, fisico e riconoscibile, attraverso il quale viene garantita al cittadino l'erogazione di tutte le prestazioni di base comprese le cure primarie, anche in regime urgente¹.

In generale il PreSST svolge le seguenti funzioni:

1. eroga prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità

¹ DGR n. 1185/2013 allegato 1

2. può attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative a bassa intensità prestazionale ed in funzione della particolarità territoriale secondo la programmazione dell' ATS territorialmente competente;
3. promuove percorsi di sanità di iniziativa, di prevenzione e di educazione sanitaria;
4. può essere organizzato anche secondo le modalità previste per gli Ospedali di Comunità di cui al DM n. 70 del 2.4.2015, All. 1, punto 10.1.

L' intervento apre al futuro perché può essere inteso anche come “dinamico” nel senso che all' intervento inizialmente previsto con questo progetto si potranno aggiungere in ampliamento successivamente spazi e funzioni se la progettazione seguirà il concetto della “modularità”.

Contesto e Rationale

Regione Lombardia è da tempo impegnata in un processo di revisione organizzativo e funzionale della rete dei servizi sanitari, orientato a individuare tipologie differenziate di risposta in funzione dei diversi bisogni di salute, per erogare servizi sanitari e socio-sanitari sempre più adeguati alle reali necessità cliniche del paziente.

Tale innovazione, si rende necessaria a causa del costante incremento delle patologie cronicodegenerative, che sta determinando l'aumento di bisogni di cure “a lungo termine”, con implicazioni importanti sulla organizzazione e sui costi che il sistema sanitario deve affrontare per assistere questa tipologia di pazienti, spesso anziani e affetti da più patologie.

Il carico delle malattie croniche² sta aumentando anche in Lombardia, in parte per l'incremento dell'età della popolazione, in parte per la crescente consapevolezza che ha portato a un aumento delle diagnosi di malattia in fase precoce, in parte per la diffusione di terapie innovative e di una migliore gestione delle complicanze. E' progressivamente aumentata negli ultimi anni la proporzione di soggetti con patologie croniche e bisogni assistenziali complessi.

Le malattie croniche in Lombardia incidono per **più del 70% sulla spesa sanitaria** globale e riguardano **circa 3,5 milioni di pazienti**, pari al 30% della popolazione. Sebbene la spesa associata alla cura dei singoli pazienti sia diminuita nel tempo come effetto di precedenti interventi organizzativi, è stato necessario sviluppare una programmazione regionale dedicata, e implementare nella rete dei servizi **nuovi modelli di gestione della cronicità** per un adeguamento delle risposte sul piano clinico e organizzativo-gestionale.

² DGR n. 4662 del 23.12.2015

I modelli organizzativi e le soluzioni

Con la DGR n. 4662 del 23.12.2015 “**Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in regione Lombardia 2016**” sono state tracciate le direttive di sviluppo del sistema regionale.

Vari modelli e soluzioni organizzative, sono stati proposti in diversi contesti internazionali, che hanno fondamento nell’evoluzione dalla cosiddetta ‘medicina d’attesa’, adatta alla gestione delle malattie acute, verso il nuovo paradigma della **medicina d’iniziativa** (proattiva), che garantisce continuità delle cure e una presa in carico personalizzata, fondata su Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per migliorare l’appropriatezza clinica e organizzativa.

La responsabilizzazione e il coinvolgimento del paziente nel processo di cura (*self management, patient empowerment*) sono componenti essenziali per la gestione della malattia. Il governo della cronicità richiede, però, non solo appropriatezza e sviluppo di PDTA, percorso già da anni avviato nella nostra Regione, ma soprattutto una **forte integrazione nella rete dei servizi**, per superare la frammentarietà di un sistema ancora centrato sulla rete d’offerta - e sulle necessità degli operatori che vi lavorano - più che sui bisogni assistenziali del malato.

Serve una sostanziale evoluzione dell’azione manageriale di **governo dei processi erogativi**, che va orientata non solo a buoni risultati di gestione, ma anche a garantire il coordinamento della presa in carico e del percorso di cura attraverso connessioni e interdipendenze organizzative tra i vari livelli di erogazione.

La Regione individua diversi modelli di erogazione, funzionali a diversi livelli di rischio e cronicità. Nel territorio, ma anche nell’ospedale, sono proposti modelli gestionali in grado di identificare il malato cronico e avviarlo verso percorsi di cura strutturati diversamente in funzione dei bisogni e della complessità.

Gli indirizzi forniti per la gestione della cronicità e della fragilità si collocano nel contesto dinamico e in profonda trasformazione avviato dalla L.R. 23/2015 di evoluzione del sistema sociosanitario regionale, che prevede, tra l’altro, la realizzazione **dei POT e dei PreSST** nelle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST).

f.to
Il Direttore Generale
Dott. Luigi Ablondi

Firma autografa sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.L.vo n39/1993- art.3, comma 2

RELAZIONE SANITARIA

a) Benefici attesi

Contenuti del' intervento

L' intervento previsto è descritto e dettagliato nel Progetto allegato: **ASST Crema: "Il Presidio Socio-Sanitario Territoriale di Crema," Vers. 03 del 19 dicembre 2016.**

In sintesi l' intervento prevede la ristrutturazione/realizzazione di un edificio contenente un PreSST con i seguenti servizi:

1. Centro di Assistenza e Servizi al cittadino (CS) : contact center
2. Ambulatorio di MMG nelle forme organizzative previste
3. Point of care (Attività o punto prelievi)
4. Farmacia dei Servizi
5. Servizi diagnostici di base: ecografie, medicazioni ecc.
6. Degenza ambulatoriale diurna
7. Degenza di Comunità (DM n. 70 del 2.4.2015, All. 1, punto 10.1.)

Altri Servizi e funzioni:

1. Centro per la Famiglia (Consultorio Familiare)
2. Servizio Vaccinazioni
3. Protesica ed ausili
4. Uffici Scelta Revoca
5. Protezione Giuridica
6. Servizio di Medicina Legale
7. Unità di Valutazione Multidimensionale
8. Neuropsichiatria Infantile
9. Magazzino Farmacia ASST Crema

Ulteriori Funzioni e servizi: potranno essere inserite anche altre funzioni nella logica dell'integrazione il cui limite sta solo nell' entità del finanziamento disponibile.

Aspetti organizzativi di rilievo

ATTIVAZIONE DEL CENTRO SERVIZI: SOLUZIONE ORGANIZZATIVA PREVISTA IN ATTESA DELLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO EDILIZIO

Durante la realizzazione del PreSST la ASST di Crema intende iniziare ad implementare la gestione integrata del paziente cronico complesso mediante la attivazione di una Centrale Servizi realizzata presso il presidio Ospedaliero quale naturale evoluzione del Day Service.

La creazione del **centro di assistenza/servizi (Contact Center)** deve tutelare e facilitare con modalità proattive l'adesione al percorso di cura programmato e devono rappresentare il fulcro dell'organizzazione di presa in carico.

Alcuni dettagli sull'organizzazione dei Centri Servizi/Contact Center sono specificati nei paragrafi del Progetto di dettaglio allegato.

Il dimensionamento sarà oggetto di definizione nel progetto preliminare.



Obiettivi dell' intervento

Obiettivi strategici

- Sviluppare un'**organizzazione dei servizi** sanitari e sociosanitari orientata ai bisogni del paziente cronico e della sua famiglia, per prevenire l'insorgenza della malattia, ritardarne la progressione e ridurre la morbosità, la mortalità e la disabilità prematura.
- **Ridurre il carico sanitario** organizzativo ed economico per la cura della cronicità.
- **Ridurre il carico sociale** per la famiglia e la collettività associato alle elevate necessità assistenziali di questa tipologia di malati, soprattutto nelle fasi più avanzate di malattia.

Obiettivi specifici

- Favorire l'**integrazione dei percorsi di cura per la presa in carico proattiva del paziente cronico** nelle sue varie fattispecie (nel concetto di cronicità confluiscono vari profili di pazienti dall' infanzia all' anziano pluripatologico), attraverso la individuazione di specifici percorsi di presa in cura gestendo in modo programmato l' accesso alle prestazioni diagnostiche e alle cure (riduzione delle riacutizzazioni); il monitoraggio proattivo e la presa in carico di questi pazienti consentirà, tra l'altro, di ridurre i ricoveri inappropriati e gli accessi al pronto soccorso per problemi minori, e quindi di contenere le liste d'attesa;
- Favorire percorsi di cura per la presa in carico dei pazienti per gestire la riacutizzazione in fase iniziale mediante percorsi accelerati (**FAST TRACK AMBULATORIALE**) o assistenza medico-infermieristica breve (**degenza-soggiorno di comunità**)
- Evitare il **ricorso improprio al Pronto Soccorso** da parte dei malati cronici, attraverso un sistema d'offerta organizzato per prevenire l'insorgenza di eventi acuti e anticipare la risposta

 Ospedale Maggiore  Regione Lombardia ASST Crema	SCHEDA PROGETTO n. 2	Pag.7
---	-----------------------------	-------

assistenziale a possibili episodi critici (nel concetto di cronicità confluiscono vari profili di pazienti dall'infanzia all'anziano pluripatologico);

- Favorire percorsi di cura integrati per il soggetto cronico complesso fra MMG, i servizi sociali, le attività di assistenza domiciliare, la Cure Sub Acute, le RSA, le funzioni specialistiche territoriali e le attività di promozione della salute/prevenzione, le strutture sanitarie di ricovero;
- Organizzare, nella **fase ospedaliera** di riacutizzazione della malattia, il riconoscimento all'accesso del paziente con condizioni croniche e la gestione dello stesso in percorsi personalizzati e strutturati in funzione dei diversi livelli di gravità.
- Implementare **sistemi di semplificazione** per il paziente cronico e la sua famiglia, per facilitare l'accesso al livello di cura più appropriato e l'attivazione di pratiche e procedure amministrative, quali ad esempio il rinnovo dei piani terapeutici o la fornitura protesica, favorendo anche l'accesso alla documentazione clinica del paziente ai vari livelli di cura e assistenza.
- Gestire efficacemente i **tempi d'attesa** per l'accesso alle prestazioni, attraverso un sistema di prenotazione organizzato e proattivo per le prestazioni di elezione previste nei piani di cura individuali dei pazienti cronici
- Evitare **ricoveri inappropriati** e l'ospedalizzazione prolungata dei malati cronici, con particolare riferimento alle persone anziane.
- Realizzare l'**integrazione dei servizi** sanitari, sociosanitari e assistenziali per una risposta ottimale e personalizzata ai bisogni del paziente anche durante la fase post-acuta e riabilitativa.
- Migliorare la capacità del sistema di identificare e classificare i malati cronici sulla base del bisogno e del rischio, attraverso nuovi **strumenti di classificazione e risk adjustment**.
- Promuovere lo sviluppo di dispositivi, tecnologie, e soluzioni informatiche per fornire **servizi a distanza** superando i vincoli della distribuzione territoriale, delle competenze, e della frammentazione temporale dell'intervento sul singolo assistito.
- Promuovere interventi di *capacity building* **orientati allo sviluppo di risorse umane** per la presa in carico della cronicità e alla gestione del cambiamento nella rete dei servizi, con interventi di **formazione** finalizzati a diffondere conoscenze sui servizi e i PDTA per le principali malattie croniche.
- Promuovere interventi di **comunicazione** a diversi target, per migliorare la capacità di accedere alle informazioni e di utilizzarle in modo efficace per prevenire e/o gestire correttamente la cronicità e l'accesso ai servizi e ai percorsi di cura dedicati.

b) Domanda a cui si intende dare riposta con attivazione eventuali nuovi servizi

I **Pre-SST devono garantire** la presa in carico e la forte integrazione sull'area sociosanitaria.

Sia pure in una logica di estrema flessibilità strutturale ed organizzativa i Pre-SST devono possedere gli **strumenti** necessari ad assicurare parte dei servizi di primo livello necessari alla gestione del percorso dei pazienti cronici al di fuori dei momenti di acuzie.

Il PreSST deve diventare il riferimento principale per il cittadino per esigenze di bassa e media intensità.

E' il naturale riferimento del territorio per i pazienti:

- **cronico non complicato**
- **cronico complicato**
- **cronico complesso**

Mentre le attività Sub Acute ed anche il POT (in misura minore) si collocano principalmente in un percorso a valle del ricovero per acuti, il PreSST si pone idealmente prima di ogni percorso di accesso a livello di intensità maggiori.

E' connesso direttamente con Pronto Soccorso, nel senso che riceve percorsi di cura di pazienti a bassa intensità diagnostico-terapeutica, ma con livelli di assistenza anche di livello medio-alto.

c) Coerenza con indicatori DM 70/2015

Assolve ad una previsione del DM laddove prevede l'istituzione dell'Ospedale di Comunità.

d) Eventuale impatto sull'assetto accreditato

Nessuno in termini di posti letto di degenza.

Possono essere attivati posti tecnici di Medicina di Comunità.

Consente la messa a norma del Consultorio Familiare (futuro Centro per la Famiglia) rispetto ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi di accreditamento istituzionale.

E' opportuna una integrazione alle attuali norme di accreditamento

f.to

Il Direttore Sanitario
Dr.ssa Ermanna Derelli

f.to

Il Direttore Sociosanitario
Dr.ssa Maria Gloria Mencatelli

RELAZIONE TECNICA

a) Caratteristiche tipologiche.

L'ASST di Crema ha l'obiettivo di assolvere ai principi della L.R. 23/2015 con conseguente necessità di dotarsi di una propria nuova struttura da destinare al potenziamento delle attività territoriali.

L'Azienda non dispone di immobili di proprietà da adibire per l'applicazione dei principi della Legge Regionale n. 23/2015.

Alcuni servizi offerti dalla scrivente Azienda, inoltre, trovano oggi ubicazione in immobili di proprietà di terzi per i quali sono stati sottoscritti i relativi contratti di locazione, sostenendo importanti oneri economici e pagando complessivamente circa € 260.000,00 all'anno di canone per garantire il magazzino farmaceutico, i servizi di Neuropsichiatria Infantile, il Servizio vaccinazioni ed il Consultorio.



Tali immobili sono ubicati in posizioni limitrofe ma non adiacenti al Presidio Ospedaliero, creando non poche difficoltà logistiche; inoltre, non essendo di proprietà, l'Azienda si trova nella situazione di non riuscire ad intervenire efficacemente, con interventi strutturali, tali da poter raggiungere gli stessi standard qualitativi che vengono invece offerti dalla struttura ospedaliera.

Da una ricognizione degli immobili pubblici siti nelle immediate vicinanze del Presidio Ospedaliero di Crema, si è ritenuto idoneo allo scopo l'edificio ex Tribunale, con annessa area parcheggio, di proprietà del Comune di Crema. Tale manufatto risulta ora inutilizzato da circa due anni a seguito dell'accorpamento e conseguente trasferimento dell'attività giudiziaria qui svolta con il Tribunale di Cremona.

L'immobile, sito in Crema, via Maccallè 11, è sostanzialmente contiguo al complesso immobiliare del P.O., separato dallo stesso solo appunto dalla via Maccallè e dal parcheggio pubblico a servizio dell'area.

L'edificio in questione è stato costruito negli anni '80 ed insiste su un'area già completamente urbanizzata avente superficie fondiaria di 15.151,00 mq, con superficie lorda di pavimento complessiva di 5.600,00 mq e altezza massima di 14,40 mt; esso presenta una maglia strutturale a pilastri in cemento armato, con solette, murature perimetrali e copertura sempre in c.a. con vetrate a maglia quadrata con doppi vetri tipo a specchio.

Dai sopralluoghi fatti l'edificio risulta essere in un buono stato di conservazione, così come la qualità della costruzione in rapporto all'epoca di realizzazione, come documentato dagli allegati al

 Ospedale Maggiore  Regione Lombardia ASST Crema	SCHEDA PROGETTO n. 2	Pag.10
---	-----------------------------	--------

titolo autorizzativo per la sua edificazione depositati presso l'Ufficio Tecnico del Comune di Crema.

L'intervento mira a recuperare un'area votata dal Piano dei Servizi a "Servizi ed attrezzature civiche e amministrative" attraverso l'introduzione di nuove funzioni che mantengono la vocazione dell'immobile con la realizzazione di una struttura polivalente a carattere socio – sanitario.

Il complesso immobiliare, per essere funzionale alle esigenze della ASST, necessita di un importante intervento di ristrutturazione.

La proposta progettuale dovrà armonizzare quanto più possibile la convivenza delle nuove attività all'interno dell'architettura esistente, massimizzare la fruibilità dei nuovi spazi ed il loro grado prestazionale, senza stravolgere l'accessibilità dell'area dall'esterno e il suo inserimento nel contesto urbano.

Le macro opere necessarie comprendono:

- riprogettazione completa del layout al fine di accogliere le nuove funzioni sanitarie.
- demolizione controsoffitti, pareti interne e impianti presenti;
- realizzazione di partizioni interne, opere murarie e pareti mobili
- completo rifacimento impianti tecnologici, elettrico e speciali, trasmissione dati, climatizzazione invernale e estiva, rilevazione fumi ed antincendio, controllo accessi;
- adeguamento alla normativa antincendio della struttura ripotata alla nuova destinazione d'uso e nuova distribuzione degli spazi;
- interventi di miglioramento energetico, isolamento termico, sostituzione dei serramenti e infissi;



b) Caratteristiche sanitarie.

L'immobile oggetto di ristrutturazione sarà in possesso dei requisiti generali e specifici in materia di accreditamento e le nuove funzioni verranno realizzate in conformità a quanto richiesto dal Regolamento Locale di Igiene. Le funzioni previste sono dettagliate nella relazione sanitaria.

c) Localizzazione territoriale ed urbanistica.

L'immobile interessato dall'intervento in oggetto è situato in Crema, via Macallè n. 11, censito catastalmente al Foglio 45, mappale 138.

L'immobile non è soggetto a vincolo o a tutela; la tipologia di intervento è coerente con gli strumenti urbanistici previsti dal vigente P.G.T. del Comune di Crema, è realizzabile mediante Permesso di Costruire (DPR 380/2001, art. 20) e si configura come un intervento di ristrutturazione.

 Ospedale Maggiore  Regione Lombardia ASST Crema	SCHEDA PROGETTO n. 2	Pag.11
---	-----------------------------	--------

d) Fattibilità tecnica ed amministrativa.

Il Comune di Crema ha manifestato la volontà di cedere il manufatto e l'area pertinenziale ad un prezzo simbolico alla Regione o alla ASST scrivente o concederlo gratuitamente per un periodo di 99 anni. L'immobile quindi entrerà nella piena disponibilità della Azienda Socio Sanitaria di Crema (vedasi delibera di Giunta del Comune di Crema n. 2016/00563 del 20/12/2016 qui allegato).

L'intervento non comporta opere speciali o tecnologie di particolare rilevanza configurandosi come opere di ristrutturazione.

Assicurata la copertura economico-finanziaria si provvederà all'affidamento dell'incarico di progettazione esecutiva e all'approvazione del progetto alla procedura di affidamento dei lavori secondo normativa vigente.

Riguardo ai costi di realizzazione si dichiara:

- che non si rilevano interferenze con gli interventi già programmati, finanziati e in corso di realizzazione;
- gli interventi sono funzionali e funzionanti;
- gli interventi non comportano incrementi né sui costi di gestione né sul costo del personale.

Gli interventi risultano compatibili e realizzabili contestualmente al normale esercizio delle attività sanitarie attualmente esercitate presso altre strutture e che verranno trasferite nel nuovo complesso al termine dei lavori.

Fasi operative:

- procedura affidamento progettazione esecutiva: mesi 3
- redazione del progetto esecutivo: mesi 4
- approvazioni e autorizzazioni: mesi 3
- procedura affidamento lavori: mesi 3
- affidamento lavori e stipula contratto: mesi 1
- esecuzione dei lavori: mesi 18
- collaudo delle opere: mesi 1
- messa in esercizio – avvio attività sanitarie: mesi 1

e) Finalità.

La possibilità di acquisire il complesso immobiliare ex Tribunale e annesso parcheggio consentirebbe, da un lato di unificare i servizi sparsi in diversi luoghi della città e dall'altro di poter

potenziare i servizi territoriali, dando piena attuazione ai principi elencati nella soprarichiamata L.R. 23/2015 di riordino del Sistema Sanitario Regionale.

f) Risultati attesi.

L'ASST ritiene che l'area si presti oltre che alla riunificazione dei servizi dislocati in città, anche e soprattutto alla creazione di una struttura polivalente comprendente il Presidio Sociosanitario Territoriale con spazi per attività ambulatoriale specialistica, ambulatori per MMG associati in UCCP (unità complessa Cure Primarie, Farmacia di Servizi, attività di Medicina Legale ecc.) ed altre funzioni di rilievo territoriale per il cittadino come indicato nella relazione sanitaria.

Si potrebbe inoltre prospettare uno spazio per asilo aziendale, concedendo a terzi la gestione.

g) Stima costi con relativa sostenibilità economica.

La copertura finanziaria dell'intervento, a carico di Regione Lombardia, potrà essere assicurata con fondi individuati nel Bilancio 2017-2019 come indicato dalla Delibera di Giunta n. 5805 del 18 novembre 2016. Non è prevista quota di finanziamento a carico della ASST di Crema.

Si ritiene che i costi di funzionamento siano coperti dai risparmi sugli affitti.

Lavori					
Demolizioni			tot	€	300.000,00
U.O.N.P.I.A. (Neuropsichiatria Infantile)	mq 1.390,00	€/mq 1.200,00	tot	€	1.668.000,00
PREST (ambulatori MMG e attività specialistica ambulatoriale)	mq 1.250,00	€/mq 1.300,00	tot	€	1.625.000,00
Magazzino farmaceutico	mq 1.050,00	€/mq 1.200,00	tot	€	1.260.000,00
Protezione giuridica-Sportello Welfare	mq 100,00	€/mq 1.000,00	tot	€	100.000,00
Farmacia dei servizi	mq 100,00	€/mq 1.100,00	tot	€	110.000,00
Servizio vaccinazioni	mq 120,00	€/mq 1.100,00	tot	€	132.000,00
Servizio Medicina Legale	mq 80,00	€/mq 1.100,00	tot	€	88.000,00
Cure Primarie-Protesica-UVM	mq 300,00	€/mq 1.200,00	tot	€	360.000,00
Consultorio	mq 300,00	€/mq 1.200,00	tot	€	360.000,00
Totale lavorazioni	mq 4.690,00			€	6.003.000,00

SCHEMA DI QUADRO ECONOMICO

Con evidenza somme a base d'appalto e somme a disposizione dell'azienda (spese tecniche, iva, arredi ed attrezzature, etc.)

Lavorazioni:

- Opere edili e impianti	€ 6.003.000,00
- Oneri per la sicurezza	€ 360.000,00
Totale lavori	€ 6.363.000,00

Somme a disposizione:

- Iva sui lavori (10%)	€ 636.300,00
- Spese tecniche (contributi e iva compresi)	€ 660000,00
- Arredi e attrezzature (iva compresa)	€ 549.000,00
- Imprevisti	€ 51.700,00
Totale somme a disposizione	€ 1.897.000,00

COSTO TOTALE DELL'INTERVENTO € 8.260.000,00

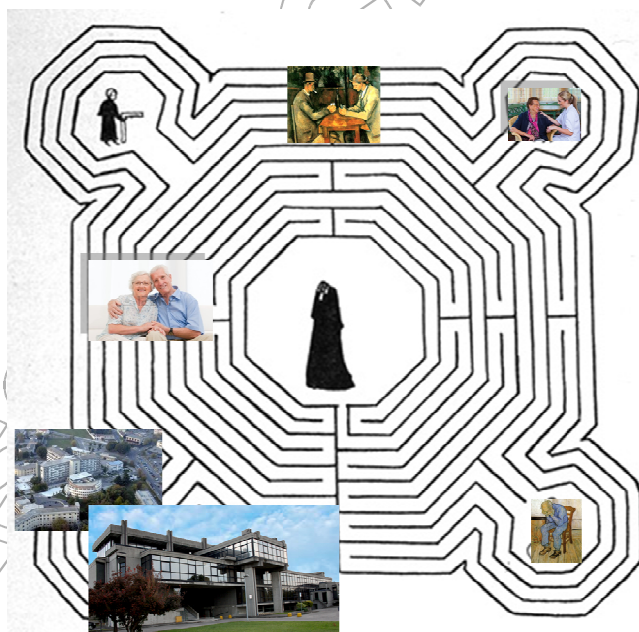
f.to

Il Direttore U.O. Tecnico-Patrimoniale
ing. Fabrizio Landi

Firma autografa sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.L.vo n39/1993- art.3, comma 2

Azienda Socio Sanitaria Territoriale ASST di Crema
Direzione generale

IL PRESIDIO SOCIO-SANITARIO TERRITORIALE DI CREMA



**I PERCORSI DI CONTINUITA' DELLE CURE DELLA
CRONICITA'**

ASST DI CREMA

In copertina

Il labirinto della Cattedrale di Reims

con:

Vincent Van Gogh - Uomo anziano nel dispiacere

Paul Cezanne - I giocatori di carte

Presidio Ospedale di Crema

Edificio PreSST-ex Tribunale di Crema

RIFERIMENTI NORMATIVI.....	4
INTRODUZIONE.....	5
ORIENTAMENTO ALLA PERSONA (LO SGUARDO CON OCCHI NUOVI)	8
OBIETTIVI STRATEGICI DEL PROGETTO	10
OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO	10
<i>ELEMENTI FAVOREVOLI DEL PROGETTO</i>	<i>11</i>
IL PRESIDIO SOCIOSANITARIO TERRITORIALE DI CREMA (PRESST).....	12
STRUMENTI ORGANIZZATIVI PER ATTIVARE IL PRESST	13
FUNZIONI PREVISTE NEL PRESIDIO SOCIO SANITARIO TERRITORIALE DI CREMA..	14
I PERCORSI DI ACCESSO	15
IL CENTRO DI ASSISTENZA E SERVIZI: CONTACT CENTER	17
LE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI DEI MMG (AFT)	18
LA FARMACIA DEI SERVIZI	20
REQUISITI STRUTTURALI DELLE FUNZIONI PREVISTE NEL PRESST E	
DIMENSIONAMENTO	21
DOTAZIONI DEL PERSONALE.....	22
FINANZIAMENTO DELLE ATTIVITA'	23
I PERCORSI ATTIVABILI: DESCRIZIONE	24
<i>A) PROGRAMMA DI GESTIONE PROATTIVA DEL PAZIENTE CRONICO GIA' NOTO E/O IN FASE DI</i>	
<i>RIACUTIZZAZIONE:</i>	<i>24</i>
<i>B) PROGRAMMA DI GESTIONE DELLE RIACUTIZZAZIONI</i>	<i>24</i>
<i>C) PROGRAMMA DI DIMISSIONE PROTETTA E/O ASSISTITA DALL' H PER ACUTI O DAL PS, IN</i>	
<i>PARTICOLARE PER I PAZIENTI CHE RICHIEDONO CONTINUITA' DI CURA IN FASE POST ACUTA</i>	<i>24</i>
<i>D) PROGRAMMI DI DIMISSIONE PROTETTA A DOMICILIO E/O ASSISTITA.....</i>	<i>24</i>
IL SOGGIORNO DI COMUNITA'	25
COME ATTIVARE I PERCORSI- SCHEMA GENERALE.....	26
<i>A PERCORSO DI PRESA IN CARICO PROATTIVA DELLA CRONICITÀ</i>	<i>26</i>
<i>B PROGRAMMA DI GESTIONE DELLE RIACUTIZZAZIONI</i>	<i>27</i>
<i>C PERCORSO DI VALUTAZIONE E GESTIONE DELLA DEGENZA DI COMUNITÀ.....</i>	<i>28</i>
INTEGRAZIONE DEL PRESST NELLA RETE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E	
TERRITORIALI	29
RAPPORTI CON CONTINUITA' ASSISTENZIALE	29
TEMPISTICA	30

RIFERIMENTI NORMATIVI

1. DGR 5513 del 2.8.2016 "Linee Guida POAS"
2. DGR 4662 del 23.12.2015 "Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in regione Lombardia 2016-
3. DGR X/4191 del 16.10.2015 - Regole di gestione dei pazienti nel POT;
4. L. R 23 del 11.8.2015: Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)
5. D.M. n. 70 del 04.04.2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"
6. DGR X/2152 del 18.7.2014
7. DGR X/1521 del 20.3.2014
8. DGR n. 1185/2013 allegato 1

INTRODUZIONE

Un passo deciso verso il prendersi cura della cronicità parte dalla costituzione di un distinto polo territoriale che sia in grado di generare una propria offerta e capacità di attrazione alternativa all'ospedale e che, insieme all'ospedale, crei il circuito virtuoso della continuità ospedale territorio.

Il presidio territoriale è quindi il luogo, fisico e riconoscibile, attraverso il quale viene garantita al cittadino l'erogazione di tutte le prestazioni di base comprese le cure primarie, anche in regime urgente¹.

Programma di Regione Lombardia per la revisione organizzativo e funzionale della rete dei servizi sanitari

Regione Lombardia è da tempo impegnata in un processo di revisione organizzativo e funzionale della rete dei servizi sanitari, orientato a individuare tipologie differenziate di risposta in funzione dei diversi bisogni di salute, per erogare servizi sanitari e socio-sanitari sempre più adeguati alle reali necessità cliniche del paziente.

Tale innovazione, si rende necessaria a causa del costante incremento delle patologie cronicodegenerative, che sta determinando l'aumento di bisogni di cure "a lungo termine", con implicazioni importanti sulla organizzazione e sui costi che il sistema sanitario deve affrontare per assistere questa tipologia di pazienti, spesso anziani e affetti da più patologie.

Il carico delle malattie croniche² sta aumentando anche in Lombardia, in parte per l'incremento dell'età della popolazione, in parte per la crescente consapevolezza che ha portato a un aumento delle diagnosi di malattia in fase precoce, in parte per la diffusione di terapie innovative e di una migliore gestione delle complicanze. E' progressivamente aumentata negli ultimi anni la proporzione di soggetti con patologie croniche e bisogni assistenziali complessi.

Le malattie croniche in Lombardia incidono per **più del 70% sulla spesa sanitaria** globale e riguardano **circa 3,5 milioni di pazienti**, pari al 30% della popolazione. Sebbene la spesa associata alla cura dei singoli pazienti sia diminuita nel tempo come effetto di precedenti interventi organizzativi, è stato necessario sviluppare una programmazione regionale dedicata, e implementare nella rete dei servizi **nuovi modelli di gestione della cronicità** per un adeguamento delle risposte sul piano clinico e organizzativo-gestionale.

Per trovare risposta ai loro bisogni di cura, questi malati si rivolgono spesso alle strutture ospedaliere in modo discontinuo e frammentato, in particolare al pronto soccorso, a volte in modo inappropriato e per richieste che potrebbero, se ben programmate, trovare risposta in diversi *setting* di assistenza e di cura. Se si considera che nel 2013 in Lombardia, circa il 35% degli accessi al pronto soccorso era rappresentato da codici minori, e che una buona parte di tali pazienti è costituita da malati cronici, si comprende l'entità del problema.

Le evidenze preliminari dei primi due anni di sperimentazione CReG (Chronic Related Group) in 5 ASL della Lombardia, indicano che nei pazienti cronici in sperimentazione si verifica una riduzione significativa dei ricoveri ospedalieri e degli accessi al pronto soccorso, suggerendo l'efficacia di un modello innovativo di presa in carico sulla qualità delle cure.

Dopo alcune importanti sperimentazioni che hanno avuto ad oggetto un livello di assistenza cosiddetto "di cure intermedie" negli anni 2000, volti specificatamente ad affrontare il tema della riduzione dei ricoveri impropri, nel 2011 (DGR 9371 dell'1.12.2010, Allegato 15) sono state regolamentate a livello di

¹ DGR n. 1185/2013 allegato 1

² DGR n. 4662 del 23.12.2015

sistema le **cure sub-acute**, con lo specifico intento di trovare in contesti ospedalieri e extra ospedalieri, condizioni strutturali ed organizzative che potessero rispondere efficacemente ai bisogni di pazienti, per lo più cronici, per cui non poteva essere giustificato un livello di assistenza ospedaliera per acuti. Ad oggi sono attivi circa 900 posti letto presso le strutture ospedaliere della regione. In questa situazione si rende necessario proseguire nel processo avviato, attraverso la sperimentazione di nuove forme assistenziali ed organizzative rispetto a quelle offerte dagli ospedali per acuti 'tradizionali'.

Con **DGR n. X/1185 del 20.12.2013** "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2014" - all'allegato 1 - la Giunta Regionale **ha previsto la realizzazione dei Presidi Ospedalieri Territoriali** (d'ora in poi "POT") stabilendo i seguenti indirizzi: ... "Un passo deciso verso il prendersi cura della cronicità parte dalla costituzione di un distinto polo territoriale che sia in grado di generare una propria offerta e capacità di attrazione alternativa all'ospedale e che, insieme all'ospedale, crei il circuito virtuoso della continuità ospedale territorio.... Il presidio territoriale è quindi il luogo fisico e riconoscibile, attraverso il quale viene garantita al cittadino l'erogazione di tutte le prestazioni di base comprese le cure primarie, anche in regime urgente ...";

Con **le DGR X/1521 del 20.3.2014 e la DGR 2152 del 18.7.2014** Regione Lombardia ha dato concretamente l'avvio alla sperimentazione con l'obiettivo generale di "Avviare e sperimentare nuovo modello organizzativo e funzionale, finalizzato ad assistere prevalentemente persone con patologie cronico-degenerative, dal quadro clinico già noto e/o in fase di riacutizzazione".

Con **DGR X/2837** del 5 dicembre 2014 la Giunta Regionale ha approvato, fra gli altri, il progetto presentato dalla ASL di Cremona su proposta della **AO "Ospedale Maggiore di Crema"** di attivazione presso il **Presidio Ospedaliero di Soresina di un Presidio Ospedaliero Territoriale;**

Con la **DGR X/4191** del 16.10.2015 la Giunta regionale ha declinato le regole, anche economiche, per la gestione dei pazienti cronici nell'ambito del POT, prevedendo la stipula di un contratto tra l'AO titolare del progetto e l'ASL di riferimento e approvando uno **Schema-tipo di Contratto** per la compiuta regolamentazione dei reciproci rapporti e uno **schema-tipo di accordo** per la regolamentazione dei rapporti fra l'**Ente Gestore del POT ed i MMG;**

La successiva **Legge Regionale 23 del 2015**, che disciplina l'evoluzione del sistema sociosanitario regionale (SSR), ribadisce l'orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso, nel rispetto della libera scelta, e promuove l'integrazione operativa e gestionale tra erogatori dei servizi sanitari, sociosanitario e sociale (Art. 2, Art. 3).

Per quanto riguarda in particolare il tema della cronicità, la L.R. 23/2015 stabilisce all'Articolo 9:

- di attivare modalità innovative di presa in carico del paziente cronico e fragile, anche attraverso l'utilizzo della Telemedicina, sviluppando modelli organizzativi che assicurino l'integrazione e il raccordo tra tutte le competenze professionali coinvolte, ospedaliere e territoriali, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale;

- di sviluppare e tenere aggiornato un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee, cui corrisponda una modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito.

I modelli organizzativi e le soluzioni

Con la DGR n. 4662 del 23.12.2015 **“Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in regione Lombardia 2016”** sono state tracciate le direttive di sviluppo del sistema regionale.

Vari modelli e soluzioni organizzative, sono stati proposti in diversi contesti internazionali, che hanno fondamento nell'evoluzione dalla cosiddetta 'medicina d'attesa', adatta alla gestione delle malattie acute, verso il nuovo paradigma della **medicina d'iniziativa** (proattiva), che garantisce continuità delle cure e una presa in carico personalizzata, fondata su Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa.

La responsabilizzazione e il coinvolgimento del paziente nel processo di cura (*self management, patient empowerment*) sono componenti essenziali per la gestione della malattia. Il governo della cronicità richiede, però, non solo appropriatezza e sviluppo di PDTA, percorso già da anni avviato nella nostra Regione, ma soprattutto una **forte integrazione nella rete dei servizi**, per superare la frammentarietà di un sistema ancora centrato sulla rete d'offerta - e sulle necessità degli operatori che vi lavorano - più che sui bisogni assistenziali del malato.

Serve una sostanziale evoluzione dell'azione manageriale di **governo dei processi erogativi**, che va orientata non solo a buoni risultati di gestione, ma anche a garantire il coordinamento della presa in carico e del percorso di cura attraverso connessioni e interdipendenze organizzative tra i vari livelli di erogazione.

La Regione individua diversi modelli di erogazione, funzionali a diversi livelli di rischio e cronicità. Nel territorio, ma anche nell'ospedale, sono proposti modelli gestionali in grado di identificare il malato cronico e avviarlo verso percorsi di cura strutturati diversamente in funzione dei bisogni e della complessità.

Gli indirizzi forniti per la gestione della cronicità e della fragilità si collocano nel contesto dinamico e in profonda trasformazione avviato dalla L.R. 23/2015 di evoluzione del sistema socio-sanitario regionale, che prevede, tra l'altro, la realizzazione **dei POT e dei PreSST** nelle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST).

ORIENTAMENTO ALLA PERSONA (lo sguardo con occhi nuovi)

Messaggi chiave

- ✓ **Le malattie croniche rappresentano una emergenza sanitaria globale, per l'aumento di frequenza e complessità, e si associano ad una progressiva perdita di funzione ed autonomia che nel contesto socio-economico individuale determina la fragilità della persona affetta.**
- ✓ **L'aumento di frequenza e complessità delle malattie croniche riguarda in Lombardia circa 3,5 milioni di pazienti (il 30% della popolazione) e incide per più del 70% sulla spesa sanitaria complessiva.**
- ✓ **La cronicità richiede ai sistemi sanitari modalità di intervento specifiche che garantiscano continuità delle cure attraverso l'integrazione della rete dei servizi sanitari e sociosanitari, e personalizzazione dei percorsi di cura, in relazione alla complessità e ai bisogni individuali.**
- ✓ **L'azione manageriale di governo dei processi erogativi deve garantire coordinamento della presa in carico e del percorso di cura attraverso connessioni/ interdipendenze organizzative tra i vari livelli di erogazione, con un elevato grado di flessibilità gestionale.**

L'attuale assetto dei paradigmi di prevenzione, presa in carico, gestione e cura del paziente fragile con multimorbilità e politerapia risulta ancora troppo legato al concetto di singola malattia.

Per far fronte con risposte appropriate a questa nuova transizione demografica, epidemiologica e sanitaria è quindi necessario un passaggio dall'attenzione e cura delle singole malattie alla **presa in carico e cura del malato nel suo complesso**, in funzione di priorità di cura condivise col malato stesso, la sua famiglia o il *caregiver*, nel contesto socio-culturale e abitativo in cui vive.

Rispetto all'approccio specialistico tradizionale che mette al centro la malattia (**disease-oriented**), un approccio focalizzato sul malato e sulla valutazione e gestione globale e multidisciplinare dei suoi problemi (**person-oriented**) è maggiormente in grado di cogliere il modo in cui diverse malattie interagiscono tra loro e di riconoscere elementi individuali o condizioni di vulnerabilità sociale, familiare ed economica che possono aggravare i problemi di salute.



Fondamentale è quindi attuare percorsi clinici personalizzati, congruenti col livello di complessità della malattia e le caratteristiche individuali del paziente, per migliorare la qualità della vita del malato e della sua famiglia e prevenire l'insorgenza di complicanze e la disabilità. Questi malati vanno 'accompagnati' secondo approcci di **sanità d'iniziativa**, in grado di anticipare i bisogni di salute in modo proattivo, prima che la malattia insorga o si aggravi, nonché di garantire livelli di assistenza differenziati in relazione al livello di rischio. È sui temi della centralità della persona e del "prendersi cura" che si gioca la partita del futuro per la gestione della cronicità, che richiede di ripensare il modello di servizio con **nuove strategie d'offerta e** indirizzi di programmazione specifici. In questo contesto **l'integrazione** tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali e un elevato grado di **flessibilità** per modulare l'organizzazione parallelamente

all'evolversi dei bisogni di cura, sono le chiavi principali per svolgere il ruolo di governo proprio del livello regionale.

Serve anche una sostanziale evoluzione dell'azione manageriale di **governo dei processi erogativi**, orientata non solo a produrre buoni risultati di gestione, ma anche a garantire il coordinamento della presa in carico e del percorso di cura attraverso connessioni/interdipendenze organizzative tra i vari livelli di erogazione.

Nel documento presente si progetta la attivazione di Un Presidio Territoriale socio sanitario.

Gli indirizzi forniti dalla Regione per la gestione della cronicità e della fragilità si collocano nel contesto avviato dalla L.R. 23/2015 di evoluzione del sistema socio sanitario regionale.

I riferimenti strutturali ed organizzativi a livello territoriale, in fase di dinamica trasformazione, andranno ricondotti a quanto previsto dalla nuova Legge e di conseguenza gli interventi proposti nel presente documento potranno essere oggetto di prossimi adeguamenti.

ASST DI CREMONA

OBIETTIVI STRATEGICI DEL PROGETTO

- Sviluppare un'**organizzazione dei servizi** sanitari e sociosanitari orientata ai bisogni del paziente cronico e della sua famiglia, per prevenire l'insorgenza della malattia, ritardarne la progressione e ridurre la morbosità, la mortalità e la disabilità prematura.
- **Ridurre il carico sanitario** organizzativo ed economico per la cura della cronicità.
- **Ridurre il carico sociale** per la famiglia e la collettività associato alle elevate necessità assistenziali di questa tipologia di malati, soprattutto nelle fasi più avanzate di malattia.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

1. Favorire l'**integrazione dei percorsi di cura per la presa in carico proattiva del paziente cronico**, attraverso la individuazione di specifici percorsi di presa in cura gestendo in modo programmato l'accesso alle prestazioni diagnostiche e alle cure (riduzione delle riacutizzazioni); il monitoraggio proattivo e la presa in carico di questi pazienti consentirà, tra l'altro, di ridurre i ricoveri inappropriati e gli accessi al pronto soccorso per problemi minori, e quindi di contenere le liste d'attesa;
2. Favorire percorsi di cura per la presa in carico dei pazienti per gestire la riacutizzazione in fase iniziale mediante percorsi accelerati (**FAST TRACK AMBULATORIALE**) o assistenza medico-infermieristica breve (**degenza-soggiorno di comunità**);
3. Evitare il **ricorso improprio al Pronto Soccorso** da parte dei malati cronici, attraverso un sistema d'offerta organizzato per prevenire l'insorgenza di eventi acuti e anticipare la risposta assistenziale a possibili episodi critici.
4. Favorire percorsi di cura integrati per il soggetto cronico complesso fra MMG, i servizi sociali, le attività di assistenza domiciliare, la Cure Sub Acute, le RSA, le funzioni specialistiche territoriali e le attività di promozione della salute/prevenzione, le strutture sanitarie di ricovero;
5. Organizzare, nella **fase ospedaliera** di riacutizzazione della malattia, il riconoscimento all'accesso del paziente con condizioni croniche e la gestione dello stesso in percorsi personalizzati e strutturati in funzione dei diversi livelli di gravità.
6. Implementare **sistemi di semplificazione** per il paziente cronico e la sua famiglia, per facilitare l'accesso al livello di cura più appropriato e l'attivazione di pratiche e procedure amministrative, quali ad esempio il rinnovo dei piani terapeutici o la fornitura protesica, favorendo anche l'accesso alla documentazione clinica del paziente ai vari livelli di cura e assistenza.

7. Gestire efficacemente i **tempi d'attesa** per l'accesso alle prestazioni, attraverso un sistema di prenotazione organizzato e proattivo per le prestazioni di elezione previste nei piani di cura individuali dei pazienti cronici
8. Evitare **ricoveri inappropriati** e l'ospedalizzazione prolungata dei malati cronici, con particolare riferimento alle persone anziane.
9. Realizzare l'**integrazione dei servizi** sanitari, sociosanitari e assistenziali per una risposta ottimale e personalizzata ai bisogni del paziente anche durante la fase post-acuta e riabilitativa.
9. Migliorare la capacità del sistema di identificare e classificare i malati cronici sulla base del bisogno e del rischio, attraverso nuovi **strumenti di classificazione e risk adjustment**.
10. Promuovere lo sviluppo di dispositivi, tecnologie, e soluzioni informatiche per fornire **servizi a distanza** superando i vincoli della distribuzione territoriale, delle competenze, e della frammentazione temporale dell'intervento sul singolo assistito.
11. Promuovere interventi di *capacity building* **orientati allo sviluppo di risorse umane** per la presa in carico della cronicità e alla gestione del cambiamento nella rete dei servizi, con interventi di **formazione** finalizzati a diffondere conoscenze sui servizi e i PDTA per le principali malattie croniche.
12. Promuovere interventi di **comunicazione** a diversi target, per migliorare la capacità di accedere alle informazioni e di utilizzarle in modo efficace per prevenire e/o gestire correttamente la cronicità e l'accesso ai servizi e ai percorsi di cura dedicati.

ELEMENTI FAVOREVOLI DEL PROGETTO

1. Disponibilità di una Struttura con disponibilità di spazi in vicinanza del Presidio Ospedaliero;
2. Esperienza consolidata della continuità ospedale-cure sub acute con disponibilità di elementi di valutazione dell'appropriatezza: ASST di Crema ha in essere due percorsi di trasferimento a Cure Sub acute di Soncino e Soresina (oltre 5 anni di esperienza);

IL PRESIDIO SOCIOSANITARIO TERRITORIALE DI CREMA (PreSST)

Messaggi chiave

Cosa è il PreSST

I PreSST costituiscono una **modalità organizzativa di riferimento** con lo scopo di **integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale** e concorrono alla presa in carico della persona e delle fragilità.

Il PreSST:

1. eroga prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità
2. può attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative a bassa intensità prestazionale ed in funzione della particolarità territoriale secondo la programmazione dell' ATS territorialmente competente;
3. promuove percorsi di sanità di iniziativa, di prevenzione e di educazione sanitaria;
4. può essere organizzato anche secondo le modalità previste per gli Ospedali di Comunità di cui al DM n. 70 del 2.4.2015, All. 1, punto 10.1.

I **Pre-SST devono garantire la** presa in carico e la forte integrazione sull'area sociosanitaria.

Sia pure in una logica di estrema flessibilità strutturale ed organizzativa i Pre-SST devono possedere gli **strumenti** necessari ad assicurare parte dei servizi di primo livello necessari alla gestione del percorso dei pazienti cronici al di fuori dei momenti di acuzie.

Il PreSST deve diventare il riferimento principale per il cittadino per esigenze di bassa e media intensità.

E' il naturale riferimento del territorio per i pazienti:

- **cronico non complicato**
- **cronico complicato**
- **cronico complesso**

Mentre le attività Sub Acute ed anche il POT (in misura minore) si collocano principalmente in un percorso a valle del ricovero per acuti, il PreSST si pone idealmente prima di ogni percorso di accesso a livello di intensità maggiori.

E' connesso direttamente con Pronto Soccorso, nel senso che riceve percorsi di cura di pazienti a bassa intensità diagnostico-terapeutica, ma con livelli di assistenza anche di livello medio-alto.

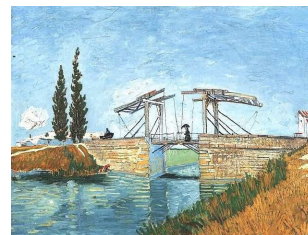
STRUMENTI ORGANIZZATIVI PER ATTIVARE IL PreSST

Per queste finalità, **tre sono gli strumenti** organizzativi e tecnologici indispensabili per poter attuare in modo appropriato i modelli di cura proposti:

1. Il primo è il **Piano Assistenziale Individuale (PAI)**, un documento di sintesi del programma di diagnosi e cura che consente di adattare la programmazione degli interventi al contesto individuale, sulla base di specifici obiettivi di salute. Oltre a declinare sul singolo individuo gli indirizzi forniti dalle linee guida e dai protocolli di riferimento, il PAI si presenta come un ottimo strumento di programmazione della presa in carico e di monitoraggio del percorso, nonché di comunicazione organizzativa tra tutti coloro che a vario titolo si occupano del paziente (MMG, specialisti, servizi sociali, ecc.). Il PAI è già stato adottato nella sperimentazione CReG, nella quale è stato anche implementato un flusso informativo ad hoc (Flusso CReG-PAI) che rileva i contenuti del programma di cura.
2. Il secondo strumento è organizzativo e tecnologico e riguarda la creazione di **centri di assistenza/servizi (Contact Center)** che tutelino e facilitino con modalità proattive l'adesione al percorso di cura programmato e che devono rappresentare il fulcro dell'organizzazione di presa in carico. Alcuni dettagli sull'organizzazione dei Contact Center seguono nei paragrafi successivi.
3. Il terzo strumento è una **modalità di remunerazione forfettaria** che faciliti l'integrazione del percorso di cura del paziente affetto da determinate malattie croniche, attraverso modalità di pagamento dell'intero percorso, modulabili sui bisogni clinico-assistenziali. Tale modalità sarà descritta in modo ampio nel Capitolo 8. Va da subito precisato che tale remunerazione non sostituisce ma affianca l'attuale sistema di pagamento a prestazione (*fee-for-service*) o a DRG, che rimane fondamentale per la remunerazione delle prestazioni per acuti.

FUNZIONI PREVISTE NEL PRESIDIO SOCIO SANITARIO TERRITORIALE DI CREMA

L' intervento prevede la **ristrutturazione/realizzazione** di un edificio contenente un **PreSST** con i seguenti servizi:



1. Centro di Assistenza e Servizi al cittadino (CS) : contact center
2. Ambulatorio di MMG nelle forme organizzative previste
3. Point of care (Attività o punto prelievi)
4. Farmacia dei Servizi
5. Servizi diagnostici di base: ecografie, medicazioni ecc.
6. Degenza ambulatoriale diurna
7. Degenza di Comunità (DM n. 70 del 2.4.2015, All. 1, punto 10.1.)

Altri Servizi e funzioni:

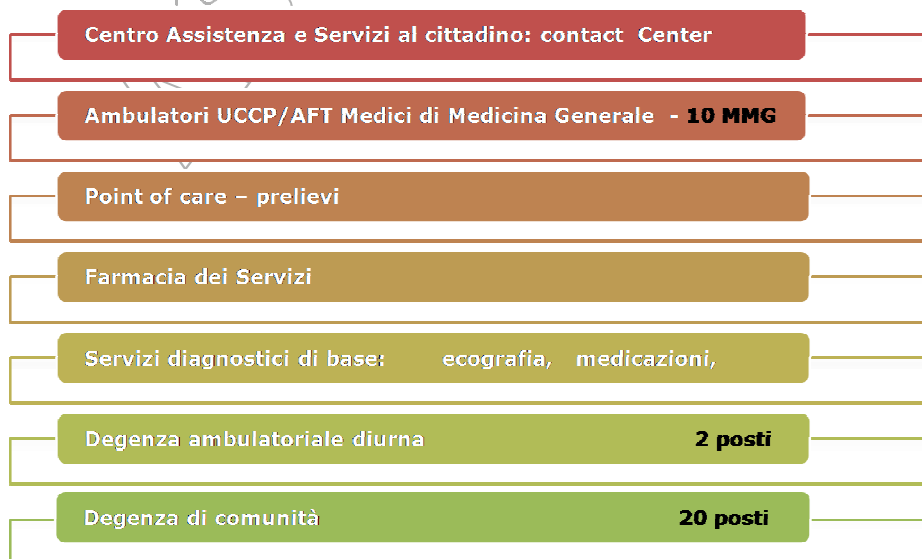
8. Centro per la Famiglia (Consultorio Familiare)
9. Servizio Vaccinazioni
10. Protesica ed ausili
11. Uffici Scelta Revoca
12. Protezione Giuridica
13. Servizio di Medicina Legale
14. Unità di Valutazione Multidimensionale
15. Neuropsichiatria Infantile
16. Magazzino Farmacia ASST Crema

Ulteriori Funzioni e servizi:

Potranno essere inserite anche altre funzioni nella logica dell' integrazione il cui limite sta solo nell' entità del finanziamento disponibile.

Un esempio di funzioni previste a regime nel PreSST di CREMA sono descritte nella **figura 1** seguente:

FIG 1 Esempio di funzioni



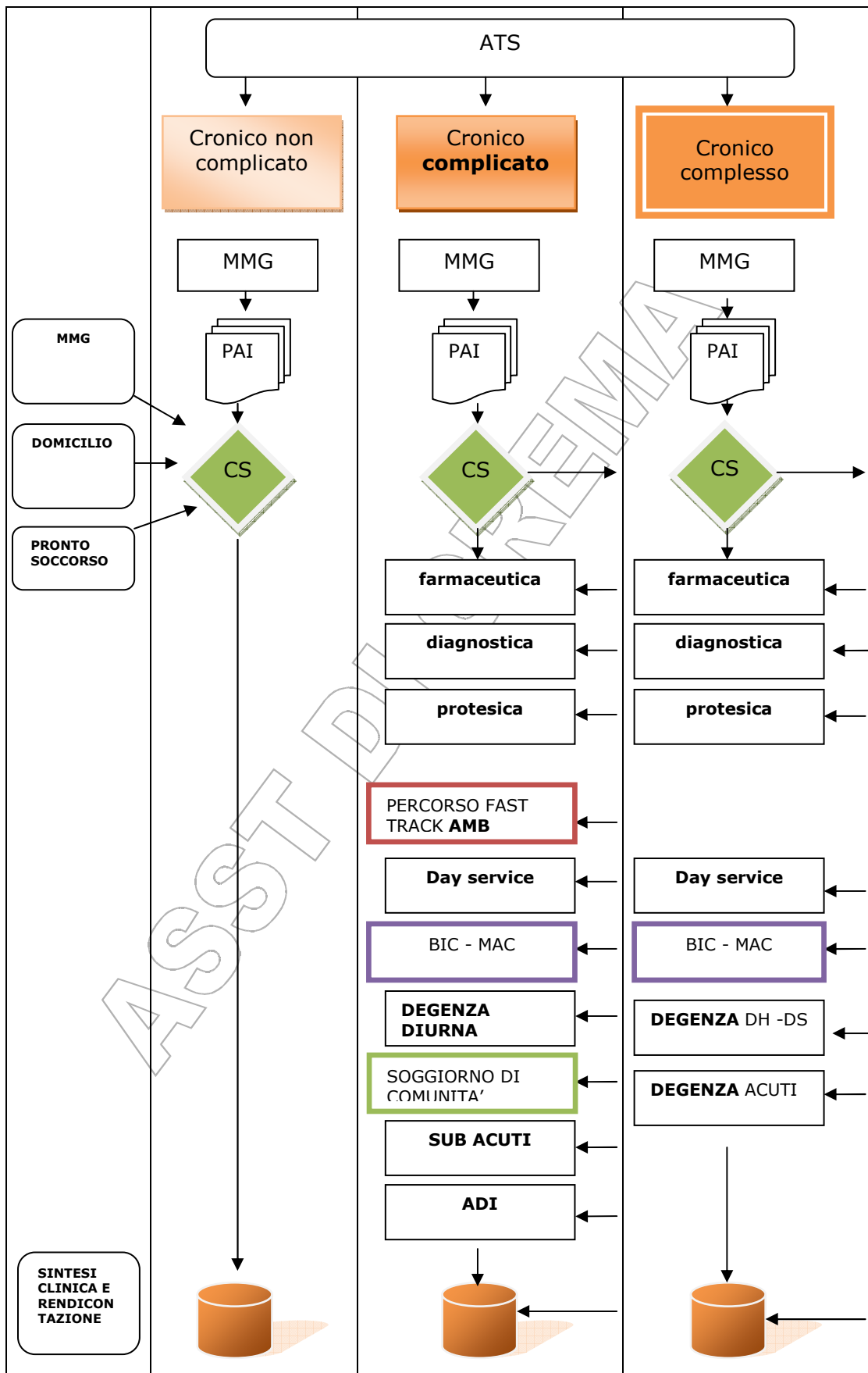
I PERCORSI DI ACCESSO

Il paziente accede ai percorsi clinici previa attivazione del Centro Servizi (CC), che valuta i bisogni del paziente per avviarlo poi al percorso più idoneo a seconda delle sue necessità.

Modelli di attivazione:

1. Nel modello dei Percorsi di Cura Ospedalieri, il paziente può essere inviato al CC da parte **del Pronto Soccorso**, una volta esclusa la necessità di un intervento terapeutico in urgenza per una vera emergenza sanitaria
2. direttamente **dal domicilio**, previa segnalazione del MMG o del servizio di assistenza domiciliare, oppure su base programmata, se la sua patologia o le condizioni sanitarie e socio-assistenziali richiedono una rapida rivalutazione.
3. All'**area ambulatoriale** dedicata ai pazienti cronici possono accedere pazienti già noti come "assistiti cronici" presi in cura dal centro servizi. Nell'ambulatorio il paziente viene visitato da personale che effettua una valutazione dei bisogni del paziente dal punto di vista clinico e assistenziale, ridefinisce eventualmente le problematiche cliniche e le risolve intervenendo sul suo piano individuale di cura con nuove prescrizioni, oppure attraverso l'accesso diretto a risorse diagnostiche presenti nel presidio ospedaliero, o attraverso un percorso di tipo domiciliare/ambulatoriale, oppure procedendo al ricovero. L'istituzione di un percorso ambulatoriale dedicato, oltre a ridurre accessi impropri al PS e ricoveri inappropriati mira a migliorare l'appropriatezza e la qualità delle cure al malato cronico, e soprattutto a semplificare il percorso del paziente, integrando l'attività domiciliare e ospedaliera nella gestione della patologia cronica.

Figura 2. Percorso di un paziente cronico, a seconda del livello di complessità clinica



IL CENTRO DI ASSISTENZA E SERVIZI: CONTACT CENTER

L'epicentro funzionale dei nuovi modelli organizzativi per la presa in cura è rappresentato dal centro servizi o Contact Center (CC) che, a seconda della organizzazione di riferimento, **può essere costituito da un'area clinica e/o da un'area gestionale.**

L'**AREA GESTIONALE** del CC è organizzata per coordinare gli interventi relativi alla **presa in cura.**

Assicura al paziente:

- assistenza nell'accesso alle prestazioni specialistiche necessarie e previste dal percorso di cura;
- assistenza nella gestione dell'agenda sanitaria (prenotazioni, contatto telefonico per ricordare appuntamenti e accertamenti);
- operatori esperti che effettuano la presa in carico, di intesa con il Medico Curante, e gestiscono le richieste di informazioni del paziente e/o chi lo assiste.

Dotazioni tecnologiche: devono consentire di consultare le basi informative anagrafiche e il Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente cronico noto, sulla scorta di "liste di segnalazione" che ATS, depositaria della Banca Dati Assistito, provvede periodicamente ad inviare; il sistema informativo consente la raccolta e la gestione delle informazioni amministrative e cliniche.

Raccordo funzionale e informativo:

fondamentale il raccordo del Contact Center con gli altri livelli di cura e assistenza del servizio sanitario e sociosanitario regionale.

Oltre all'evidente necessità di raccordo con la rete delle Cure Primarie (qualora il CC non sia di diretta gestione dei MMG) e con l'ATS e le ASST territoriali, è essenziale il raccordo col sistema dell'emergenza-urgenza e col servizio di Continuità Assistenziale per fornire una risposta appropriata alle richieste di assistenza ritenute "urgenti" nell'ambito del PS ospedaliero o del servizio territoriale, in relazione alla complessità clinica del caso.

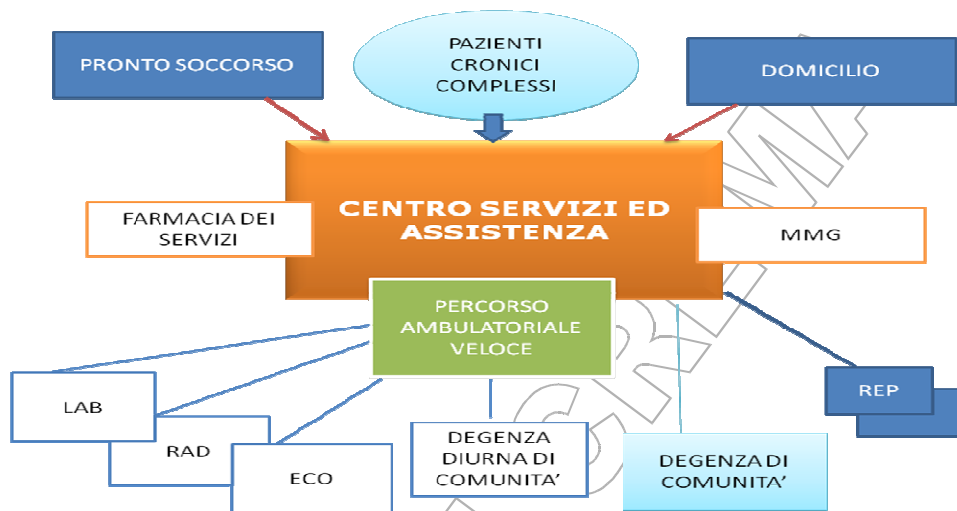
Un'altra importante integrazione e raccordo funzionale e informativo che il CC deve garantire riguarda la **Farmacia dei Servizi**. Oltre che a funzioni di semplificazione sanitarie-amministrative (prenotazioni, riscossione della compartecipazione, erogazione protesica) la farmacia è interessata a progetti di *pharmaceutical care*. Studi internazionali consolidati evidenziano come il ruolo della farmacia nell'ambito dell'appropriatezza d'uso dei farmaci e del monitoraggio del rispetto delle terapie, costituisca un elemento di ottimizzazione delle cure, tale da produrre una sensibile riduzione dei costi complessivi per l'assistenza dei pazienti affetti da MCNT. In questo senso la farmacia può svolgere compiti di **screening, arruolamento, registrazione dei consumi, informazione sull'appropriatezza d'uso, addestramento all'uso di dispositivi erogatori di farmaci, ecc.**

Infine, per rispondere ai bisogni delle persone con patologie croniche in condizione di fragilità e non autosufficienza, il CC si raccorda con i **centri multiservizi per la persona**, previsti per garantire percorsi integrati di presa in carico e accompagnamento delle persone fragili e delle loro famiglie, anche in ragione delle specificità territoriali e orografiche.

I Centri Multiservizi per la persona, infatti, costituiscono anch'essi una modalità organizzativa con la funzione di integrare le attività di carattere sociosanitario e sociale con quelle di natura sanitaria, concorrendo alla presa in carico globale della persona per la comunità di riferimento. Hanno l'obiettivo di superare la frammentazione settoriale delle risposte date dalle diverse unità d'offerta, integrando, sulla base della valutazione multidimensionale del bisogno, una pluralità di interventi e prestazioni per le persone fragili, tra loro coordinate, in una logica di continuità assistenziale.

Essi sono chiamati ad operare in stretto raccordo con i servizi sanitari e sociosanitari territoriali e con quelli ospedalieri.

L'AREA CLINICA del CC, ovviamente in stretta correlazione con l'area gestionale, si basa sull'istituzione di **percorsi ambulatoriali dedicati alla presa in carico dei pazienti cronici** per garantire una risposta sanitaria a problematiche non di emergenza-urgenza all'interno del PreSST con la possibilità di usufruire in tempo reale delle consulenze specialistiche necessarie e della diagnostica. Un esempio del modello di CC con area clinica può essere quella rappresentata nella figura seguente:



LE AGGREGAZIONI DEI MMG (AFT: Aggregazioni funzionali territoriali - UCCP: Unità complesse di Cure Primarie)

Nel PreSST si prevede la presenza di una aggregazione funzionale di circa 10 Medici di Medicina Generale

Lo sviluppo delle Cure Primarie passa attraverso l'attivazione delle nuove forme di aggregazione primaria e secondaria (**AFT e UCCP**).

Per una risposta continuativa ai bisogni di salute dei cittadini, sono state implementate in questi anni in Lombardia **forme aggregate e integrate di organizzazione delle Cure Primarie**, promosse dal PSN 2006-2008, rivolte anche ai medici di continuità assistenziale e agli specialisti ambulatoriali. Per favorire un **progressivo ampliamento degli orari di accesso a vantaggio dell'utenza e modalità di lavoro fondate sulla valutazione e confronto dei dati clinici**, la Regione in questi anni ha dato impulso e favorito la costituzione progressiva di **forme associative dei MMG**, prevedendo anche l'inserimento di collaboratori di studio e/o infermieri professionali all'interno dell'associazione con l'obiettivo di migliorare il servizio fornito ai propri assistiti sotto il profilo quantitativo e qualitativo.

Nei prossimi anni si renderà, inoltre, necessario applicare la legge n. 189/2012 di riforma territoriale della Medicina Generale, che ha posto in capo alle Regioni l'evoluzione delle attuali forme associative in due nuove aggregazioni:

■ forme organizzative monoprofessionali denominate **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)**, che nella nostra Regione derivano dallo sviluppo delle attuali forme di associazione/rete e gruppo, e che condividono obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.;

■ forme organizzative multiprofessionali più innovative, denominate **Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)**, caratterizzate dall'integrazione di professionisti diversi, sia sanitari (MMG, PLS, infermieri, medici specialisti), sia non sanitari (ad esempio assistenti sociali). Tali professionisti, offrendo la loro attività in modo integrato e possibilmente nella medesima struttura o in ambienti limitrofi, consentono al paziente cronico di trovare risposte appropriate rispetto ai bisogni in un unico punto d'accesso.

La previsione progettuale risponde agli indirizzi sopra esposti prevedendo, indicativamente, la presenza di 10 MMG.

LA FARMACIA DEI SERVIZI

Assicura:

1. La distribuzione di farmaci e ai servizi di diagnostica rapida
2. numerose semplificazioni sanitarie amministrative, per esempio nel sistema di prenotazione, nella riscossione della compartecipazione alla spesa (possibilità di autocertificazione del reddito E30 ed E40), nell'erogazione protesica.

ASST DI CREMA

REQUISITI STRUTTURALI DELLE FUNZIONI PREVISTE NEL PreSST e DIMENSIONAMENTO

Caratteristiche principali dell' Area Sociosanitaria del PreSST.

ACCESSI: Prevedere accessi pedonali e carrali (Mezzi ed AMBULANZE)

Funzione	Requisito	N°	Caratteristiche indicative	Mq totale
AREA COMUNE				varia
CONTACT CENTER	Sala di attesa		Valutare la realizzazione di una sala di attesa comune, separata per aree di accesso (MMG-Pediatrico-Servizi al cittadino); 1 mq per utente + accompagnatori	200
	Locale/Area accoglienza pazienti barellati e con carrozzina	1	In ogni area va previsto lo stazionamento di pazienti muniti di carrozzina L' attesa barellati deve essere separata	20
	Spazio attività di accoglienza ed amministrativo	1		20
	Spazio per servizi on line (self prenotazione e pagamento)	2		10
	Locale attività amministrative-gestionali	1		10
	Archivio	1		20
MMG: Aggregazione Funzionale UCCP-AFT	Sala attesa		Compresa nell' area Comune	0
	Ambulatorio visita	10	Superficie minima per Amb 14 mq	140
	Ambulatorio di visita e medicazione e diagnostica ecografica	1	Collegato direttamente sia con due ambulatori medici che con la sala di attesa	20
Pediatria di base	Attesa dedicata	2	Spazio compreso nell' area comune ma separato; con caratteristiche dedicate e con locale fasciatoio;	20
	Ambulatorio visita	2	Superficie minima per Amb 14 mq	30
Point of care	Sala attesa		Compresa nell' area comune	0
	Locale/spazio prelievi -			10
	Point of care - analisi -		Lab dell' ospedale	0
Farmacia dei servizi	Dispensazione	1		20
SERVIZI COMUNI	SERVIZI IGIENICI UTENTI	1	Gruppo servizi:Antibagno, bagni separati per sesso e disabili	25
	SERVIZIO IG PER IL PERSONALE	1		10
	SPOGLIATOIO DEL PERSONALE	1		25
TOTALE				580
DEGENZA				
DEGENZA DIURNA	CAMERE	2	Camere 2 posti letto con servizi igienici collegati, attrezzati con ausili per non autosufficienti Min 18 mq	36
DEGENZA DI COMUNITA	CAMERE DI DEGENZA MODULO DI 20 p.l		Realizzare possibilmente a corpo quintuplo Inserire postazione lavoro e comando infermieristico all' inizio del modulo; evitare la replicazione di postazioni separate per funzioni difficilmente presidabili (es. bancone di accettazione all' ingresso e postazione infermieristica a metà reparto);	
recettività	Camere a due letti	9	Camere 2 posti letto con servizi igienici collegati, attrezzati con ausili per non autosufficienti - Min 18 mq	162

	Camere singole	2	Camere 1 posto letto con servizi igienici collegati, attrezzati con ausili per non autosufficienti - Minimo 12 mq	24
Servizi di nucleo	Locale di servizio del personale	1		20
	Ambulatorio e Locale di lavoro medico	1	Amb. min mq 14	14
	Medicazione	1	Con ossigeno, aspirazione;	15
	Servizi igienici del personale			15
	Tisaneria cucina - smistamento pasti			15
	Locale bagno assistito			15
	Locale deposito attrezzature e carrozzine			15
	Locale depositi biancheria pulita, materassi e cuscini			15
	Locale biancheria sporca			10
	Locale vuotatoio con lavapadelle			10
	Locale soggiorno-pranzo		Mq 1,5 per ospite (22 ospiti)	33
Impianti	Impianto ossigeno			
Servizi sanitari	Palestra		Mq 60 (min. x RSA) - valutare in relazione alla tipologia di ospite	60
	Servizio igienico prossimo alla palestra		Valutare: non necessario se posta in sede vicina a servizi comuni;	10
Servizi generali	Locale uffici amministrativi			25
	Magazzini pulito			25
	Locale raccolta rifiuti sanitari			10
Corridoi	(20% delle superfici)			100
TOTALE DEGENZE				629
TOTALE generale				1209
Socializzazione	Bar			xxx

DOTAZIONI DEL PERSONALE

Per le dotazioni si fa riferimento agli standard previsti dalla DGR 2003_12618 "La delibera sugli standard di personale per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle rsa" e s.m.i.

FINANZIAMENTO DELLE ATTIVITA'

Come già indicato le attività principali saranno **remunerate con un sistema tariffario misto**, a prestazione e forfettario, che meglio si adatta al percorso di cura dei malati cronici. Regione Lombardia procederà pertanto a sperimentare una tariffa forfettaria da assegnare *ex ante* al gestore della presa in carico. Continueranno ad essere remunerati a prestazione i servizi erogati occasionalmente, al di fuori di un piano di cura.

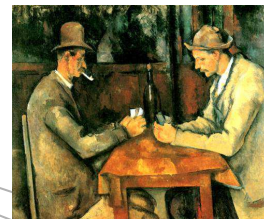
ASST DI CREMA

I PERCORSI ATTIVABILI: DESCRIZIONE

A) PROGRAMMA DI GESTIONE PROATTIVA DEL PAZIENTE CRONICO GIA' NOTO E/O IN FASE DI RIACUTIZZAZIONE:

- gestione dei **PAZIENTI CReG-POT** individuati da Regione
- o assistiti che rientrano dei seguenti PDTA (elenco non esaustivo):

BPCO
SCOMPENSO
DIABETE
ICTUS
VASCULOPATIA
INSUFFICIENZA RENALE
ARTRITE REUMATOIDE



- Pazienti cronici selezionati

B) PROGRAMMA DI GESTIONE DELLE RIACUTIZZAZIONI

FAST TRACK AMBULATORIALE (3 gg) o

DEGENZA DI COMUNITA'

pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera

- DEGENZA DI COMUNITA'
- OSSERVAZIONE DIURNA CON TERAPIA
- PROGRAMMA FAST TRACK AMBULATORIALE

C) PROGRAMMA DI DIMISSIONE PROTETTA E/O ASSISTITA DALL' H PER ACUTI O DAL PS, IN PARTICOLARE PER I PAZIENTI CHE RICHIEDONO CONTINUITA' DI CURA IN FASE POST ACUTA

pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario:

- consolidare le condizioni fisiche,
- continuare il processo di recupero funzionale,
- accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero;

queste tipologie di pazienti devono trovare continuità, a seconda dei propri bisogni assistenziali, nei seguenti ambiti:

- cure sub acute
- ii. degenza – soggiorno di comunità**
- iii. posti di sollievo transitori in RSA**
- RSA
- v. Domicilio protetto**

D) PROGRAMMI DI DIMISSIONE PROTETTA A DOMICILIO E/O ASSISTITA

Le modalità di comunicazione per l' accesso a questo regime sarà predisposto dal Gestore del POT di concerto con la ASL della Provincia di Cremona.

Sarà compito del Gestore del POT, ed in particolare del Centro Servizi della Continuità assistenziale, predisporre percorsi di **dimissione protetta a domicilio** e percorsi di **sostegno alla domiciliarità** integrati con tutti i soggetti interessati.

In questo ambito è importante un coordinamento fra Enti territoriali (Comuni, ASL) per predisporre interventi atti a favorire la permanenza a domicilio degli assistiti con problemi principalmente sociali anche attraverso forme di sostegno economico.

IL SOGGIORNO DI COMUNITA'

MODALITA' : DIURNA - PLURIGIORNALIERA

Il soggiorno di Comunità è un regime di soggiorno protetto "estensione del domicilio" che garantisce, quale elemento innovativo, l'assistenza in **regime residenziale** di natura medico-infermieristica a quei soggetti che, spesso appartenenti alle fasce più deboli della popolazione (anziani, fragili), sono affetti da riacutizzazione di patologie croniche che non necessitano di alta intensità di cure o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica che sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio.

Elementi essenziali

1. 20 posti
2. Apertura h 24/ 365 gg anno
3. Standard delle RSA
4. Medico diurno e reperibile (*);
5. Reperibilità medica diurna e notturna
6. Attivazione della Continuità assistenziale notturna, prefestiva e festiva;

(*) E' prioritariamente il MMG;

Le regole di funzionamento sono descritte nel "REGOLAMENTO DEL SOGGIORNO DI COMUNITA'" (allegato 1).



ASST DI CREMA

COME ATTIVARE I PERCORSI- SCHEMA GENERALE

Per ogni percorso sono dettagliati i compiti, gli attori e le responsabilità e gli strumenti.

A PERCORSO DI PRESA IN CARICO PROATTIVA DELLA CRONICITÀ

E' principalmente dedicato a gestire i pazienti appartenenti alle classi CREG

MMG predispone per ciascun paziente un Piano Assistenziale PAI che consiste nell'individuare l'elenco delle prestazioni da eseguirsi nell'arco temporale annuale con indicazione del periodo di esecuzione sulla base di quanto previsto dagli **EPA** e dai **Percorsi diagnostico terapeutici approvati** dalla ATS-
 Applica i criteri di appropriatezza dei percorsi e/o degli esami predisposti da Regione Lombardia e/o dalla Ats (esempio):

Codice	Cognome Nome	Classe Cronicità o PDTA	Prestazioni	Mese previsto	Inquadramento complessivo
	ROSSI MARIO		Visita Radiografia Ecografia		Scheda di valutazione (es. VAOR)

Per una popolazione selezionata esegue un inquadramento generale del paziente anche in relazione ai bisogni socio-assistenziali utilizzando le schede di valutazione **VAOR o INTERRAI**; queste valutazioni sono eseguite collegialmente con altre professionalità (per es. infermieri, assistente sociale nell'ambito del PreSST)

Il PAI è inviato al Centro Servizi che predispone la programmazione dell'esecuzione delle prestazioni individuate affidandone l'erogazione.
 Le **prestazioni sono prescritte** dal MMG secondo le regole vigenti.

Il Responsabile clinico del percorso di cura è il MMG: ne cura la valutazione iniziale, intermedia e finale in esito agli accertamenti richiesti. La valutazione è documentata nella scheda ambulatoriale del paziente.
 Per gli assistiti non CREG l'individuazione di "pacchetti o raggruppamenti omogenei di prestazioni" potrebbe facilitare il meccanismo di prescrizione, rendicontazione e di finanziamento.

PRESA IN CARICO PROATTIVA DELLA CRONICITA'			
ATTIVITA' E RESPONSABILITA'	CHI	QUANDO	STRUMENTI
Selezione dei pazienti appropriati per l'inserimento nel percorso	MMG	Comparsa sintomi di riacutizzazione	Selezione del caso secondo criteri BDA; Scheda Criteri di arruolamento Redazione del Piano Assistenziale secondo i PDTA BPCO SCOMPENSO DIABETE ICTUS VASCULOPATIA INSUFFICIENZA RENALE ARTRITE REUMATOIDE ecc
Programmazione delle prestazioni richieste, calendarizzazione, Contatti e organizzazione con altri setting (Cure Palliative, ADI, ecc) sulla base delle necessità del Piano Assistenziale	Centrale della Continuità	Al ricevimento del PAI da parte del MMG	1) Agende CUP di prenotazione 2) individuare strumento specifico per la gestione delle info derivate dalle schede VAOR o Interrari e pianificazione prestazioni conseguenti
Esecuzione delle prestazioni e refertazione (on line)	Soggetto Erogatore attivato/incaricato dalla Centrale della Continuità (*)	Secondo calendario	
Consultazione referto e Responsabilità della Gestione dell'iter di cura in esito alle prestazioni	MMG	Lettura referto	
Aggiornamento/ conferma del PAI	MMG	Almeno annuale-Ogni qualvolta che si modificano le condizioni cliniche del cittadino	Modulo PAI Scheda Interrari o VAOR

(*) Il soggetto erogatore di alcune prestazioni può essere anche il MMG sulla base di accordo con ATS-ASST

B PROGRAMMA DI GESTIONE DELLE RIACUTIZZAZIONI

Si applica a pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera

- PROGRAMMA FAST TRACK AMBULATORIALE
- DEGENZA DI COMUNITA'
- OSSERVAZIONE DIURNA CON prestazioni

Fase operativa

FAST TRACK AMBULATORIALE

- Il MMG in ambulatorio intercetta una iniziale riacutizzazione della patologia.
- Prescrive le terapie e gli accertamenti necessari alla gestione del paziente
- Il MMG programma la rivalutazione del paziente
- Il Centro Servizi esegue le prestazioni secondo un percorso accelerato FAST TRACK (in giornata max entro 3 gg) e rende disponibili tutti i risultati degli accertamenti al MMG.
- Il MMG rivaluta il paziente

DEGENZA

Segue i criteri stabiliti per l' accesso al Soggiorno di Comunità.

PROGRAMMA FAST TRACK AMBULATORIALE			
ATTIVITA' E RESPONSABILITA'	CHI	QUANDO	STRUMENTI
Gestione dei pazienti CREG E dei pazienti appropriati per l' inserimento nel percorso	MMG	Alla comparsa dei sintomi di riacutizzazione	Prescrizione- PAI DEI PAZIENTI CREG (Redazione del Piano Assistenziale secondo i PDTA BPCO SCOMPENSO DIABETE ICTUS VASCULOPATIA INSUFFICIENZA RENALE ARTRITE REUMATOIDE Ecc.)
Esecuzione delle prestazioni e refertazione (on line)	Soggetto Erogatore attivato-incaricato dal Centro Servizi	In giornata o max entro 3 gg	Il MMG e Assistente sociale esegue anche valutazione multidimensionale VAOR se necessaria
Contatti e organizzazione con altri setting (Cure Palliative, ADI, ecc) sulla base delle necessità del Piano Assistenziale	Centro Servizi	Al ricevimento del PAI da parte del MMG	
Consultazione referto e Responsabilità della Gestione dell' iter di cura in esito alle prestazioni	MMG	Letture referto	

C PERCORSO DI VALUTAZIONE E GESTIONE DELLA DEGENZA DI COMUNITÀ

Sulla base dei criteri di accesso pre-definiti (es. condizioni cliniche e/o sociali e logistiche del cittadino documentate nelle schede di valutazione adottate) che richiedono necessaria una osservazione infermieristica e una valutazione medica a breve, il paziente è ricoverato in letto di comunità.

- MMG compila la scheda di ammissione alla "degenza di Comunità"
- MMG predispose il **Piano Assistenziale** nella documentazione sanitaria
- Infermieri compilano il Piano Assistenziale nella documentazione sanitaria (diario infermieristico)

Per i pazienti CREG, che hanno già un PAI, si procede ad una modifica dello stesso.

Tutte le prestazioni erogate, di norma rientranti nel PAI, sono eseguite in regime ambulatoriale.

Per la gestione del ricovero si utilizza un gestionale di reparto al fine registrare le giornate di degenza.

Si adotta la documentazione sanitaria in uso alle Cure Sub Acute e le regole di gestione dei ricoveri con emissione di una SDO a fini statistico epidemiologici e di tracciabilità.

Il Centro Servizi gestisce i turni di presenza dei MMG diurni e notturni

PERCORSO DI VALUTAZIONE E GESTIONE DELLA DEGENZA DI COMUNITÀ			
ATTIVITA'	CHI	QUANDO	STRUMENTI
Selezione dei pazienti appropriati per l' inserimento in struttura	MMG	Durante l' ambulatorio	Criteri di arruolamento
Proposta al paziente di degenza presso il reparto di comunità, informazione sui benefici attesi del percorso acquisizione del consenso; Colloquio con il caregiver familiare;	MMG	Durante l' ambulatorio	
Valutazione del paziente mediante verifica dei criteri di accesso;	Coordinatore Infermieristico	All' ammissione	Check-list di accesso ai letti di comunità Scheda valutazione complessità assistenziale
Accettazione del Paziente	Infermiere	All' ammissione	Inserimento in ADT Si utilizza ADT per semplicità. Consente di richiedere esami anche altri servizi;
Rivalutazione medica e previsione della durata del ricovero	MMG	Entro 6 ore dall' ingresso del paziente	Programma Terapeutico
Ri-valutazione del paziente	Medico e Infermiere Cure sub-acute	All' arrivo in reparto	Istruzione Operativa per la gestione del programma assistenziale
Valutazione multidisciplinare dei bisogni clinici e assistenziali Definizione degli obiettivi	MMG e Infermiere	Entro 12 ore dall' ingresso	Programma assistenziale individuale integrato
Consulenza specialistica	Specialista	Su richiesta del MMG, entro 24 h	Refertazione
Autorizzazione al trasferimento in sicurezza	MMG	Trasferimento	Trasporto
Pianifica dimissione e organizza contattando assistente sociali e servizi territoriali	MMG e Infermiere	Durante il Ricovero	
Lettera dimissione	MMG	Dimissione	
Redazione del programma socio-sanitario finalizzato alla dimissione protetta in equipe con l'Assistente sociale dedicato - istruzione del caregiver familiare in merito alla gestione e assistenza del paziente	Medico e infermiere	Al momento della Dimissione	Programma assistenziale individuale integrato Scheda C.I.R.S.S. MMSE
Validazione cartella clinica Compilazione SDO	Medico	Entro 7 giorni dalla dimissione	
Raccolta e conservazione della documentazione sanitaria	Coordinatrice IP	Post dimissione	

INTEGRAZIONE DEL PreSST NELLA RETE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E TERRITORIALI

Particolare attenzione è posta alla integrazione nella rete dei servizi sanitari e socio assistenziali.

Il PreSST è integrato:

- 1) nella **rete territoriale** per la presenza di
 - i) Gruppi di Cure Primarie e/o singoli Ambulatori di MMG per la collaborazione con varie forme di associazionismo dei MMG: Gruppi di Cure Primarie, Unità Complesse Cure Primarie (UCCP) e Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT);
 - ii) Servizi Socio sanitari
 - iii) servizi governati dalla ATS (Continuità Assistenziale, ecc.),
 - iv) strutture di erogazione di attività ambulatoriale
 - v) un Reparto di Letti Soggiorno di Comunità
 - vi) strutture di accoglienza del territorio (RSA, etc.).
- 2) nella **rete ospedaliera**, attraverso l'individuazione dei riferimenti territoriali per le emergenze e i servizi specialistici di 2° livello:

Presidio Ospedaliero di Crema (DEA di I livello) dotato di Servizio di Pronto Soccorso, Diagnostica di Laboratorio, Diagnostica per Immagini, Interventistica etc.).

3) nella rete Emergenza-urgenza

Gli interventi tempo-dipendenti sono a carico del Sistema Emergenza Urgenza 112 in quanto struttura territoriale (domicilio allargato)

RAPPORTI CON CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Gli interventi richiesti dal personale del reparto di Comunità nelle ore notturne, e nei giorni prefestivi e festivi dovranno essere gestiti dalla Continuità Assistenziale, al pari delle altre strutture sociosanitarie.

TEMPISTICA

Di seguito si rappresenta la pianificazione temporale (Gantt).

Strutturazione delle Attività, Responsabilità e tempi della Progettazione e della Realizzazione -GANTT:

	RESP	FATTO			t ₀					
PROGETTAZIONE DI MASSIMA DEL PRESST	ASST									
PROGETTAZIONE DI MASSIMA DELL' INTERO INTERVENTO	COMUNE CREMA									
PROGETTAZIONE ESECUTIVA										
STRUTTURA ACREDITATA- ATTIVAZIONE DEGENZA	ASST									
PROGETTO ATTUATIVO E PROTOCOLLO	ASST									
ACCORDO MMG	ASST-ATS									
RICHIESTA AD ATS REGIONE DI APPROVAZIONE DI CONTRATTUALIZZAZIONE										
RICHIESTA AD ATS REGIONE DI IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSISTIBILI CREG										
APPROVAZIONE REGIONE	REGIONE									
ATTUAZIONE	ASST									

ASST DI CREMA

ASST DI CREMA

Progetto a cura di:
Direzione Strategica della ASST di Crema –
Direzione Medica dei Presidi - Roberto Sfogliarini



Il Sindaco

COMUNE DI CREMA

Provincia di Cremona

C.F. 91035680197 P.IVA 00111540191
Piazza Duomo, 25 - 26013 Crema (CR)
tel. 0373-894340 - fax 0373-894257
e-mail: ufficio.sindaco@comune.crema.cr.it
UFFICIO DI STAFF DEL SINDACO



Prot. N. (RIF. PEC)

Crema, 22 dicembre 2016

**AL DIRETTORE DELL'ASST DI CREMA
DR. LUIGI ABLONDI
Pec: protocollo@pec.asst-crema.it**

OGGETTO: Trasmissione delibera di G.C. n. 2016/00563 del 20-12-16.

Facendo seguito agli accordi intercorsi, si trasmette in allegato delibera di G.C. n. 2016/00563 del 20-12-16 avente per oggetto: "Atto di indirizzo per la definizione di un accordo di programma con la Regione Lombardia e ASST Crema avente per oggetto la cessione di immobile di proprietà comunale da destinarsi a servizi socio-sanitari".

A disposizione per eventuali chiarimenti si porgono cordiali saluti



Il Sindaco di Crema
Dott.ssa Stefania Bonaldi

Allegati: copia delibera



COMUNE DI CREMA

SEGRETERIA GENERALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA COMUNALE N. 2016/00563 DEL 20/12/2016
N. PROG.: 2124

L'anno 2016, il giorno venti del mese di dicembre, alle ore 16:00 presso la sede di Palazzo Comunale - si è riunita la Giunta Comunale all'uopo convocata.

Presiede: Il Sindaco - Stefania Bonaldi -

Partecipa: Il Segretario Generale - Maria Caterina De Girolamo -

Alla trattazione del presente argomento, risultano presenti (p) ed assenti (a) i Signori:

1	BONALDI STEFANIA	Sindaco	P	
2	BERETTA ANGELA	Vice Sindaco	P	
3	BERGAMASCHI FABIO	Assessore	P	
4	SALTINI MORENA	Assessore	P	
5	VAILATI PAOLA	Assessore		A
6	PILONI MATTEO	Assessore	P	
7	GALMOZZI ATTILIO	Assessore	P	

OGGETTO: ATTO DI INDIRIZZO PER LA DEFINIZIONE DI UN ACCORDO DI PROGRAMMA CON LA REGIONE LOMBARDIA E ASST CREMA AVENTE PER OGGETTO LA CESSIONE DI IMMOBILE DI PROPRIETÀ COMUNALE DA DESTINARSI A SERVIZI SOCIO-SANITARI.

LA GIUNTA COMUNALE

PREMESSO CHE:

- Il Comune di Crema è proprietario di un immobile catastalmente individuato al fg 45 di Crema, mapp. n. 138, che si sviluppa su una superficie territoriale di oltre 15.000,00 mq, per una superficie lorda totale costruita di mq.5.800,00 circa, articolata su quattro piani di cui uno seminterrato, appositamente realizzato negli anni 80' quale sede del Tribunale a servizio dell'area della città di Crema e del territorio Cremasco, un comprensorio di circa 180.000 abitanti;
- a seguito della emanazione del D.lgs n. 155 in data 07/09/2012 "Nuova organizzazione dei tribunali ordinari e degli uffici del pubblico ministero, a norma dell'articolo 1, comma 2, della legge 14 settembre 2011, n. 148." il Tribunale è stato soppresso e l'immobile completamente liberato nell'aprile 2014;
- l'Amministrazione Comunale, in relazione a quanto avvenuto, con delibera di G.C. n. 2016/00012 del 25.01.2016 ha pertanto deciso di procedere ad una: "Sollecitazione di manifestazioni d'interesse non vincolante relativamente alla valorizzazione dell'edificio, di proprietà comunale, già adibito a sede del Tribunale di Crema" al fine di verificare la fattibilità di una sua valorizzazione attraverso il

trasferimento della proprietà e/o la concessione della disponibilità e/o gestione di tutto o parte dell'immobile a terzi;

- con determina dirigenziale n.00016 del 28.01.2016 si è proceduto alla approvazione dello schema di avviso pubblico esplorativo di sollecitazione di manifestazioni d'interesse non vincolante relativo alla valorizzazione dell'edificio, di proprietà comunale, già adibito a sede del Tribunale di Crema;
- con determina dirigenziale n.00018 del 28.01.2016 si è proceduto alla pubblicazione dell'avviso pubblico esplorativo di sollecitazione di manifestazioni d'interesse non vincolante relativo alla valorizzazione dell'edificio, di proprietà comunale, già adibito a sede del Tribunale di Crema;
- in esito al suddetto avviso sono pervenute al Comune n. 3 (tre) manifestazioni di interesse e precisamente: della SERVET S.R.L. di Crema; di PRELIOS SGR S.P.A. di Milano, quale società di gestione del "Fondo Eridano"; dell'Ospedale Maggiore di Crema – ASST CREMA;
- nel frattempo, a seguito di specifica richiesta inoltrata dal Sindaco, con nota del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Organizzazione Giudiziaria, del personale e dei servizi – Direzione Generale delle Risorse e delle Tecnologie – prot. n. m_dg.DOG.19/08/2016.0113387.U è pervenuto il parere favorevole alla richiesta del Comune per il diverso utilizzo dell'immobile comunale adibito a sede del soppresso "Tribunale";
- in data 04.04.2016, 26.06.2016 e 25.11.2016 sono avvenuti successivi incontri con i soggetti manifestanti l'interesse ad acquisire la proprietà e/o disponibilità dell'edificio, già adibito a sede del Tribunale di Crema;
- già in data 04/04/16 emergeva la opportunità di configurare un' offerta unitaria da parte dei soggetti interessati, SERVET s.r.l. e ASST CREMA – Ospedale Maggiore, in modo da razionalizzare l'uso degli spazi e delle funzioni da collocare entro l'immobile, secondo una logica di servizi connessi;
- in base alle proposte di utilizzo e riconversione dell'immobile formulate dai soggetti interessati e fatte confluire in una proposta funzionale e strutturale unitaria, progettata in forma di studio di fattibilità a cura della PRELIOS SGR S.P.A. di Milano, (allegato sub 1- agli atti) è stato possibile stimare l'onere finanziario complessivo derivante dalla realizzazione degli interventi progettati, per un importo di spesa di oltre euro 8.600.000,00 - escluse spese tecniche e di progettazione;
- le risorse finanziarie cui potrebbero autonomamente far ricorso i soggetti proponenti - SERVET s.r.l. e ASST CREMA - non appaiono allo stato sufficienti a fronteggiare l'intero onere di spesa, e come, si renda, pertanto, necessario far riferimento all'intervento di un soggetto terzo che possa assumere il ruolo di assuntore della spesa, dando atto di come le condizioni preliminari di ammortamento della spesa non consentano l'intervento diretto ed esclusivo del Fondo Eridano;

DATO ATTO CHE:

avuto riguardo alle evidenziate circostanze, e nel corso dell'incontro del 25.11.2016, è stato evidenziato come una proposta di cessione dell'immobile a Regione Lombardia da parte del Comune per l'insediamento di servizi pubblici di tipo socio-sanitario-assistenziale, riconosciuti come necessari e di interesse per la collettività del Territorio Cremasco, potrebbe determinare una riduzione degli oneri gravanti sulla ASST di Crema e conseguentemente generare una maggior capacità di spesa favorendo una possibilità concreta di riutilizzo dell'immobile;

con delibera di Giunta Regionale n. X/5805 del 18.11.2016 avente ad oggetto: “*Determinazione in ordine ai criteri e agli ambiti per l'utilizzo del fondo di investimento per l'esercizio finanziario 2017 e seguenti – indicazioni per la ricognizione delle esigenze del Piano Straordinario*” è stata avviata la fase di ricognizione per il programma di investimenti per gli esercizi 2017 e successivi, e sono stati definiti gli ambiti programmatori cui destinare le risorse complessive in materia di investimenti sanitari;

si è resa, pertanto, necessaria una verifica, in sede di Giunta, in ordine alla concreta percorribilità della ipotesi rappresentata dal Direttore Generale dell'Ospedale Maggiore di Crema – ASST CREMA – e di un possibile accordo di cessione dell'immobile, da considerarsi vincolato a finalità socio sanitarie;

si condivide, in questa sede, la relazione resa dal Sindaco e relativa alla opportunità di individuare una soluzione per consentire la collocazione, sul territorio di Crema, di servizi socio assistenziali avanzati e a servizio dell'intero bacino di utenza;

l'Amministrazione Comunale e l'Amministrazione ASST intendono addivenire ad un accordo che, in coerenza con i programmi regionali in materia di politiche della salute e di Presidi socio sanitari, sia idoneo a realizzare le condizioni di un miglioramento dei servizi erogati ai cittadini in campo sanitario, qualificandone l'accessibilità e la fruibilità, in conformità al richiamato studio progettuale;

l'ipotesi esaminata consentirebbe di realizzare una collocazione unica per una serie di servizi di sintesi, e l'insediamento, sul territorio, di una struttura polivalente, a carattere socio-sanitario, con specifiche destinazioni d'uso quali un reparto di neuropsichiatria infantile (U.O.N.P.I.A.), un magazzino farmaci, un centro multidisciplinare con reparto di degenza (PreSST) il consultorio, la sede delle attività di vaccinazione, la farmacia dei servizi, la sede della protesica e la sede dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.);

una delle condizioni preliminari per addivenire ad un accordo di programma che consenta l'insediamento dei servizi indicati e la assunzione, da parte di Regione Lombardia, di misure di cofinanziamento, è costituita dalla preliminare disponibilità, da parte dell'Amministrazione comunale, alla cessione dell'immobile, ovvero alla costituzione di un diritto reale di godimento assistiti da modalità compatibili rispetto agli oneri di ristrutturazione e riconversione di progetto e comunque da concordare con Regione Lombardia;

per quanto retro, e fatta salva la determinazione, in merito, da parte del consiglio comunale cui è rimessa la competenza in materia di adozione di provvedimenti riguardanti i cespiti patrimoniali dell'Ente;

PRESO ATTO dei pareri riportati in calce (***) espressi sulla presente proposta deliberazione ai sensi dell'art.49 del decreto legislativo 18.08.2000 n.267;

DELIBERA

- a) di prendere atto degli esiti della manifestazione di interesse indetta da questa amministrazione con atti n.00016 del 28.01.2016 e relativa alla valorizzazione dell'edificio, di proprietà comunale, già adibito a sede del Tribunale di Crema;
- b) di dare atto di come l'offerente, in base a considerazioni di fattibilità e coerenza dell'intervento, abbia ritenuto di elaborare e di presentare alla Amministrazione un progetto unitario relativo alle diverse funzioni che potrebbero insediarsi nell'immobile, previo intervento di riattamento e riuso;
- c) di dare atto di come il progetto di riqualificazione acquisito miri a recuperare un'area ed un immobile, già destinati a *"servizi ed attrezzature civiche ed amministrative"*, con la realizzazione di una struttura polivalente, a carattere socio-sanitario, con specifiche destinazioni d'uso quali un reparto di neuropsichiatria infantile (U.O.N.P.I.A.), un magazzino farmaci, un centro multidisciplinare con reparto di degenza (PreSST) il consultorio, la sede delle attività di vaccinazione, la farmacia dei servizi, la sede della protesica e la sede dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.);

- d) di prendere atto e condividere la proposta operativa formulata dal direttore dell'ASST e relativa ad un coinvolgimento della Regione Lombardia al fine dell'inserimento del progetto di insediamento dei servizi nell'ambito dei programmi regionali e di un correlato concorso agli oneri finanziari di investimento;
- e) di dichiarare e dare atto, sin da ora, della disponibilità dell'Amministrazione Comunale ad addivenire ad una soluzione concordata relativa alla offerta di servizi socio sanitari sul territorio di riferimento e che possa prevedere un accordo di cessione e/o costituzione di un diritto reale di godimento dell'immobile a condizioni compatibili con gli oneri di investimento e comunque da concordare con Regione Lombardia;
- f) di dare atto di come alla definizione delle condizioni giuridiche e finanziarie di cessione dell'immobile, ovvero di costituzione di diritto reale di godimento, l'amministrazione si riserva di addivenire con separato atto che recepisca gli accordi intercorrenti, in via preliminare, con la Regione Lombardia e con l'ASST Crema, e comunque, nel già dichiarato scopo di cooperare al potenziamento dell'offerta di servizi socio-assistenziali sul territorio e sul bacino di riferimento;
- g) di trasmettere copia del presente provvedimento al direttore generale dell'ASST Crema, a che voglia avviare le procedure di confronto e verifica delle effettive possibilità di intesa con Regione Lombardia, preordinate alla realizzazione del progetto di cui alla relazione allegata e in ordine al quale l'amministrazione comunale ha già espresso un assenso di massima.

(**) PARERI SULLA PROPOSTA DI DELIBERAZIONE

1) Si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica della presente proposta di deliberazione

20/12/2016

Il Dirigente
Maurizio Redondi

2) La presente proposta contiene riflessi finanziari diretti a carico del Bilancio Comunale che dovranno quantificarsi e concretizzarsi con successivi atti amministrativi. In detta sede sarà necessario verificare gli opportuni riferimenti di bilancio, anche di entrata, assegnati ai Responsabili dei rispettivi PEG di riferimento. Con le precisazioni sopra riportate, parere favorevole.

20/12/2016

Il Ragioniere Capo
Mario Ficarelli

Posta in votazione la suesposta proposta di deliberazione, viene approvata con voti unanimi legalmente espressi.

Letto, approvato e sottoscritto.

IL SINDACO
F.to Stefania Bonaldi

IL SEGRETARIO GENERALE
F.to Maria Caterina De Girolamo

La presente deliberazione viene:
- inviata ai capigruppo consiliari

La presente deliberazione, viene pubblicata, mediante affissione all'Albo Pretorio il giorno 21/12/2016 rimanendovi per 15 gg. consecutivi, ai sensi e per gli effetti dell'art. 124 del D. Lgs. 18/8/2000 n. 267, e cioè a tutto il 05/01/2017

IL SEGRETARIO GENERALE
F.to Maria Caterina De Girolamo

Copia conforme all'originale.

21/12/2016

ASST DI CREMA



Ospedale
Maggiore



Sistema Socio Sanitario
Regione
Lombardia
ASST Crema

SCHEDA PROGETTO n. 3

Pag.1

TITOLO PROGETTO
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA 64 strati

Ambito di intervento ex DGR X/5805 del 18/11/2016 : **AMBITO D -
GRANDI APPARECCHIATURE**

RELAZIONE STRATEGICA

La TAC di cui si chiede la sostituzione non garantisce più affidabilità di funzionamento (nel corso dell'anno 2016 sono stati necessari 5 interventi per guasti con più giornate di fermo macchina): ciò ovviamente genera gravi disagi per gli assistiti nonché per l'organizzazione aziendale in quanto la seconda TAC di cui dispone l'Azienda non è sufficiente per rispondere alla domanda del territorio, considerato il fatto che il funzionamento di una TAC è quasi totalmente assorbito dalle attività per il Pronto Soccorso.

Il Presidio "Ospedale Maggiore" di Crema della ASST di Crema è infatti inserito nel contesto delle RETI tempo-dipendenti (RETE TRAUMA in quanto Centro Trauma di Zona senza Neurochirurgia; RETE STROKE, della RETE IMA, EMORRAGIE DELLE ALTE VIE DIGESTIVE) ed esegue un significativo volume di prestazioni per pazienti ricoverati nelle discipline mediche e chirurgiche della rete oncologica ed è altresì il riferimento principale per la diagnostica specialistica di secondo livello per gli utenti esterni in tutta l'area del Distretto di Crema della ATS Valle Padana (163.000 abitanti) e la seconda TAC è indispensabile per garantire la continuità dell' Area Emergenza-Urgenza (funzione di back up) e per svolgere la consistente attività per interni e per esterni.

La sostituzione della TAC permetterà già nel breve-medio periodo di :

- ridurre i costi di gestione in quanto si assiste ad un risparmio dei costi di manutenzione;
- ridurre gli eventi avversi riconducibili al malfunzionamento dell'apparecchiatura;
- ridurre i disagi per gli utenti interni ed esterni (evitare attese, re-inviì ad alte strutture);
- ottimizzare la produttività grazie al miglioramento della qualità delle prestazioni e la rapidità d'esecuzione (si passa da una TAC a 16 slices ad una TAC a 64) .

Ulteriori elementi sono evidenziati nelle relazioni che seguono .

f.to
Il Direttore Generale
Dott. Luigi Ablondi

Firma autografa sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.L.vo n39/1993- art.3, comma 2

RELAZIONE SANITARIA

a) Benefici attesi

In termini di rilevanza tecnica e clinica :

1. garantire la continuità della attività diagnostica **tempo-dipendente** al Sistema Emergenza Urgenza, compresa la dei vasi;
2. garantire lo svolgimento della attività di **diagnostica di secondo livello** per pazienti ricoverati; sia per il punto 1 che 2 sono richieste caratteristiche performanti;
3. garantire la attività per i **pazienti ambulatoriali con contenimento dei tempi di attesa** entro gli standard previsti;

La T.A.C. esistente (Philips modello Brillance CT 16 Slices 2004), installata come aggiornamento di T.A.C. precedente è allo stremo. Si verificano costantemente fermi macchina con conseguenti gravi disagi per gli assistiti.

La nostra ASST dispone di un'altra T.A.C. non sufficiente a soddisfare la domanda.

Il Presidio Ospedale Maggiore di Crema della ASST di Crema è inserito nel contesto delle **RETI tempo-dipendenti**:

1. fa parte della **RETE TRAUMA** in quanto Centro Trauma di Zona senza Neurochirurgia (CTZ senza NCH);
2. fa parte della **RETE STROKE**, della **RETE IMA**, **EMORRAGIE DELLE ALTE VIE DIGESTIVE**;
3. dispone di **UO di CHIRURGIA VASCOLARE** e di una sala angiografica di radiologia interventistica la cui attività richiede oltre agli esami basali e con contrasto anche l' esecuzione di procedure diagnostiche contrastografiche dei vasi (ANGIO-TAC) (355 procedure/anno 2015).

Esegue un significativo volume di prestazioni per **pazienti ricoverati** nelle discipline mediche e chirurgiche della **RETE ONCOLOGICA**.

La seconda TAC è **indispensabile per garantire**:

- la continuità dell' Area Emergenza-Urgenza (funzione di back up)
- per svolgere la consistente attività per interni e per esterni.

Infatti, l' Ospedale è il riferimento principale per la diagnostica specialistica di secondo livello per **gli utenti esterni** in tutta l' Area del Distretto di Crema della ATS Valle Padana (163.000 abitanti). Il volume delle prestazioni per il Pronto Soccorso e per il percorso URGENZA-EMERGENZA **assorbe totalmente la disponibilità di una TAC**. In caso di guasto si hanno pesanti ripercussioni sul Sistema Emergenza Urgenza (ritardi in trattamento, trasporti secondari).

Tabella - Volumi di prestazioni

Prestazioni (ICDIX)	2015	Gennaio-gennaio-settembre 2016
TAC per esterni	8418	6058
TAC per PS seguiti da ricovero	2310	1741
TAC per PS dimessi	4552	3420

RICOGNIZIONE DEL LIVELLO DELL' OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA NELLA RETE SANITARIA DELL' EMERGENZA-URGENZA E INDICAZIONE DELLA STRUTTURA DI RIFERIMENTO DI LIVELLO SUPERIORE O DI RIFERIMENTO BIDIREZIONALE		
RETE SANITARIA	LIVELLO DELL' OSPEDALE NELLA RETE SANITARIA EMERGENZA URGENZA	Centro di Riferimento Superiore o di riferimento bi-direzionale
DEA -DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE (livelli: PPI-PS-DEA-EAS)	DEA	Centri di EAS (Alte Specialità) di Regione Lombardia
RETE TRAUMA MAGGIORE: CENTRO TRAUMA DI ZONA senza Neurochirurgia	CTZ senza NCH	- 3°liv:CTZ con NCH - 4°liv:CTS (Centri Trauma Alta Specializzazione) - Traumi Pediatrici: CTS Ospedale Papa Giovanni XXIII Bergamo
RETE TRAUMA COMPLESSO DELLA MANO E DELL' ARTO SUPERIORE: PRESIDIO DI LIVELLO 1 (Scala 0-1-2)	I°	Ospedali LIVELLO 2: - Giovanni XXIII Bergamo - San Gerardo Monza - Niguarda Milano - Clinica San Carlo Paderno Dugnano - IRCCS Humanitas Rozzano - IRCCS Policlinico San Donato - IRCCS Multimedica -Sesto S Giov. - IRCCS Multimedica San Giuseppe Milano - IRCCS San Matteo Pavia - Osp e Fond MACCHI Varese
RETE STEMI (INFARTO MIOCARDICO ACUTO) CENTRO DI III° LIVELLO (livelli 1-2-3-4)	III°	OSPEDALI DI LIVELLO IV° (Ospedali con CARDIOCHIRURGIA)
RETE STROKE CENTRO DI II° LIVELLO (livelli 1-2-3) -DDG 10068 del 18/09/08	II°	Centri di III° livello (con Neurochirurgia, Neuroradiologia, Interventistica Neurologica endovascolare)
RETE EMORRAGIE DELLE ALTE VIE DIGESTIVE CENTRO DI III° LIVELLO -RIFERIMENTO REGIONALE (livelli 1-2-3) D.d.g. 11 giugno 2012 - n."5168	III°	Centri di pari livello
PUNTO NASCITA (Punto nascita 1000 parti -media ultimi 5 anni-)	PUNTO NASCITA	CENTRO RIFERIMENTO STEN E STAM (emergenza neonatale-trasporto assistito materno): San Matteo IRCCS PAVIA
RETE PSICHIATRIE SEDE DI SPDC	SPDC	Centri pari livello

RETE DEL DOLORE E DELLE CURE PALLIATIVE Sede di CTDPL-O Centro Terapia Del Dolore Primo Livello- Ospedaliero	CTDPL-O	AO Salvini Garbagnate Mil.se Ao Ospedale di Circolo Fondazione Macchi di Varese AO Niguarda Cà Granda IRCCS Fondazione Maugeri Pavia
RETE MALATTIE RARE:	Centro di Riferimento per HHT - Teleangiectasie emorragica acuta - (M Rendu Osler) Malattia di Caroli	Centri di pari livello
CENTRO DI SENOLOGIA DGR 5119 del 29.4.2016	CENTRO DI SENOLOGIA	//

La mancata sostituzione comporta:

1. la drastica riduzione della attività per esterni
2. la discontinuità del servizio Emergenza-Urgenza in caso di manutenzione e guasto

b) Domanda a cui si intende dare riposta con attivazione eventuali nuovi servizi

La seconda TAC è indispensabile per garantire:

- la continuità dell' Area Emergenza-Urgenza (funzione di back up)
- per svolgere la consistente attività per interni e per esterni.

c) Coerenza con indicatori DM 70/2015

Il Presidio Ospedale Maggiore di Crema dispone di un DEA classificabile di I° livello ai sensi del DM 70/2015.

La dotazione tecnologica richiesta rientra pertanto fra le dotazioni minimali atte a garantire sia la continuità di erogazione delle attività Radiologiche di supporto al DEA che alla Rete AREU che il livello qualitativo di prestazioni attese dall' appartenenza alle reti sanitarie di cui fa parte.

f.to

Il Direttore Sanitario
Dr.ssa Ermanna Derelli

Firma autografa sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.L.vo n39/1993- art.3, comma 2

RELAZIONE TECNICA

- a) caratteristiche tipologiche : tomografo assiale computerizzato multislice da 64 strati completo di seconda workstation di post-elaborazione dati, in grado di eseguire tutti gli esami radiologici neuro e "body", in particolare: tc encefalo, angio tc cerebrali e tronchi sovraortici, tc rachide con ricostruzioni varie, angio tc toraciche e addominali per patologie vascolari, tc torace addome pelvi per politraumi, tc torace e tc addome per urgenze toraciche e addominali non traumatiche, tc pediatriche
- b) caratteristiche sanitarie : vedasi relazione sanitaria
- c) localizzazione: U.O. Radiologia – sala TAC 2 Ospedale Maggiore Crema.
- d) fattibilità tecnica ed amministrativa:
 l'installazione è prevista negli spazi attualmente occupati, ma si rende necessaria la riorganizzazione degli stessi e l'aggiornamento e adeguamento degli impianti.
- e) finalità: sostituzione in toto della T.A.C. attuale risalente al 2004, che sfrutta impianto di raffreddamento della T.A.C. precedente (installata negli anni '90): la macchina è frequentemente guasta per raggiunti limiti di età.
- f) risultati attesi : vedasi relazione sanitaria
- g) stima costi con relativa sostenibilità economica:
- ✓ fornitura della macchina con smontaggio e smaltimento dell'attuale € 360.000+Iva;
 - ✓ Il costo totale per assistenze e opere edili, impianti termo-meccanici e gas medicali, impianti elettrici e speciali, Oneri per la sicurezza, IVA 22%, Spese tecniche, contributo ANAC/Imprevisti
 € 220.000,00 IVA inclusa

La copertura finanziaria, a carico di Regione Lombardia, potrà essere assicurata con fondi individuati nel Bilancio 2017-2019 come indicato dalla DGR n. X/5805 del 18 novembre 2016. Non è prevista quota di finanziamento a carico della ASST di Crema.

CRONOGRAMMA

Fasi \ Mesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	
Indizione procedura	■	■																																			
Aggiudicazione			■	■	■																																
Stipula contratto						■																															
Consegna / Collaudo / Messa in servizio							■	■	■																												

La tempistica di cui sopra è valida in caso di svolgimento della procedura d'acquisto in modo autonomo; tale evenienza si potrà verificare solo in caso di assenza di procedure già conclusa o in corso da parte di centrali d'acquisto (Consip – Arca – Consorzi)) previa autorizzazione regionale

SCHEMA DI QUADRO ECONOMICO

Lavorazioni

- Opere edili	€ 95.000,00
- Impianti	€ 72.152,17
- Oneri per la sicurezza	€ 17.000,00
Totale lavori	€ 184.152,17

Somme a disposizione

- Iva sui lavori (10%)	€ 18.415,22
- Spese tecniche (contributi e iva compresi)	€ 8.000,00
- Contributo per vigilanza	€ 225,00
- Imprevisti	€ 9.207,61
Totale somme a disposizione	€ 35.847,83

Totale Lavori e somme a disposizione € **220.000,00**

Quadro economico tecnologia sanitaria

- fornitura attrezzatura (smontaggio e smaltimento dell'attuale incluso)	€ 360.000,00
- Iva su attrezzatura (22%)	€ 79.200,00



Totale tecnologia sanitaria € **439.200,00**

COSTO TOTALE DELL'INTERVENTO € **659.200,00**

f.to
Il Direttore
UOC Tecnico-Patrimoniale
ing. Fabrizio Landi



f.to
Il Responsabile
Servizio Ingegneria Clinica
ing. Sara De Simoni

Firma autografa sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.L.vo n39/1993- art.3, comma 2

 Ospedale Maggiore  Regione Lombardia ASST Crema	SCHEMA PROGETTO n.4	1
--	---------------------	---

TITOLO PROGETTO
COMPLETAMENTO DEL RINNOVO DELLA
STRUMENTAZIONE PER IL SERVIZIO DI ENDOSCOPIA
DIGESTIVA.

Ambito di intervento ex DGR X/5805 del 18/11/2016 : **AMBITO D -**
GRANDI APPARECCHIATURE

 Ospedale Maggiore  Regione Lombardia ASST Crema	SCHEMA PROGETTO n.4	2
--	---------------------	---

RELAZIONE STRATEGICA

Il bacino di utenza dell'ASST di Crema è superiore a 150.000 abitanti (163.000) e l'unità operativa complessa di Gastroenterologia è l'unica unità operativa di questa specialità con dotazione di posti letto nell'ambito territoriale della ATS Valpadana (800.000 abitanti).

La struttura è presidio di riferimento nazionale ed europeo per le Malattie Rare Teleangiectasia Emorragica Ereditaria e M. di Caroli.

La struttura fa parte della "Rete regionale per l'Emorragia digestiva" come nodo di 3° livello (Hub di riferimento Regionale), supportando quindi per le procedure in emergenza anche ospedali vicini.

L'unità operativa effettua prestazioni endoscopiche per pazienti ricoverati ed ambulatoriali e per pazienti di tutte le altre unità operative dell'Ospedale Maggiore e dei suoi presidi territoriali.



Il livello di complessità procedurale e di performance, lo spettro di prestazioni offerte hanno reso l'UOC di Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva centro di riferimento per esami endoscopici, sia nell'età adulta che pediatrica, per pazienti provenienti da altri distretti dell'ATS, da altre province ed anche da altre regioni italiane.

L'aggiornamento tecnologico richiesto riveste pertanto un carattere inderogabile volto ad assicurare il mantenimento delle alte performance quali-quantitative della struttura .

Le relazioni che seguono completano e dettagliano in modo puntuale le motivazioni che sottostanno alla proposta avanzata.

f.to
Il Direttore Generale
Dott. Luigi Ablondi

Firma autografa sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.L.vo n39/1993- art.3, comma 2

  <p>Sistema Socio Sanitario Ospedale Maggiore Regione Lombardia ASST Crema</p>	<p>SCHEDA PROGETTO n.4</p>	<p>3</p>
---	----------------------------	----------

RELAZIONE SANITARIA

a) Benefici attesi

L'U.O.C. di Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva esegue annualmente circa 6.000 prestazioni endoscopiche, diagnostiche ed operative, del tratto digestivo superiore, inferiore e piccolo intestino, delle vie biliari e del pancreas.

La struttura

- effettua esami endoscopici elettivi e in regime di emergenza/urgenza;
- effettua procedure operative endoscopiche complesse come la resezione endoscopica di tumori superficiali del tubo digerente, il posizionamento di protesi endoluminali, la riparazione di deiscenze parietali del tubo digerente o delle vie biliari;
- fa parte della rete regionale per lo screening del cancro coloretale;
- fa parte della Rete regionale per l'emorragia digestiva come nodo di 3° livello (Hub), supportando quindi per procedure in emergenza anche ospedali vicini;
- effettua esami endoscopici diagnostici ed operativi in età pediatrica, sia in elezione che in emergenza/urgenza (in particolare per rimozione corpi estranei o ingestione di caustici).



L'attività endoscopica della struttura richiede quindi un urgente aggiornamento della numerosa strumentazione anche obsoleta, dettagliata nella parte tecnica, per permettere di continuare a dare risposta alle esigenze surriportate, con numeri e complessità crescenti nel tempo.

b) Domanda a cui si intende dare risposta con attivazione eventuali nuovi servizi

La sostenibilità quanti-qualitativa e la sicurezza dell'attività endoscopica dell'UOC Gastroenterologia ed endoscopia digestiva dell'ASST-Ospedale Maggiore di Crema passano necessariamente attraverso l'aggiornamento della tecnologia obsoleta e/o con qualità funzionale scaduta.

c) Coerenza con indicatori DM 70/2015

Il bacino di utenza dell'ASST-Ospedale Maggiore di Crema è di 160.000 abitanti; l'UOC di Gastroenterologia è l'unica UO di questa specialità con dotazione di posti letto nell'ATS Valpadana (800.000 abitanti).

 Ospedale Maggiore  Regione Lombardia ASST Crema	SCHEMA PROGETTO n.4	4
--	---------------------	---

L'UOC effettua prestazioni endoscopiche per pazienti ricoverati ed ambulatoriali e per pazienti di tutte le UUOO dell'Ospedale Maggiore e dei suoi presidi territoriali.

Il livello di complessità procedurale e di performance, lo spettro di prestazioni offerte hanno reso l'UOC centro di riferimento per esami endoscopici, sia nell'età adulta che pediatrica, per pazienti provenienti da altri distretti dell'ATS, da altre provincie ed anche da altre regioni italiane.

L'UOC effettua esami endoscopici biliopancreatici per l'Ospedale di Lodi sulla base di una convenzione stipulata fra i due Enti.

f.to
Il Direttore Sanitario
Dr.ssa Ermanna Derelli

Firma autografa sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.L.vo n.39/1993- art.3, comma 2

ASST DI CREMA

RELAZIONE TECNICA

a) Caratteristiche tipologiche:

L'intervento proposto per il finanziamento vuole procedere al rinnovo della parte del parco endoscopi operativi del reparto che risulta datato, essendo strumenti acquistati nel periodo 2005-2008, con un ritmo di utilizzo più che intensivo. Avendo superato gli 8 anni di vita, appartengono ad una tecnologia obsoleta e hanno superato di gran lunga il tempo medio di vita dichiarato anche dal fabbricante. La qualità delle immagini è fortemente scaduta e si prevede a breve la dichiarazione di "end of life" da parte del produttore, per interruzione della produzione dei pezzi di ricambio. Uno degli strumenti è già non più utilizzato per decadimento delle prestazioni non più recuperabile (inv. 59220 del 2004).

invent	presidio		strumento	modello	matricola	anno
59220	CREMA	Endoscopia Digestiva	VIDEOGASTROSCOPIO	EG-2980K	A120343	2004
59221	CREMA	Endoscopia Digestiva	VIDEOGASTROSCOPIO PEDIATRICO	EG-1870K	A120171	2005
63387	CREMA	Endoscopia Digestiva	VIDEOCOLONSCOPIO	EC-3890FI	A110080	2008
62443	CREMA	Endoscopia Digestiva	VIDEODUODENOSCOPIO	ED-3680 TK	A120117	2007
59217	CREMA	Endoscopia Digestiva	VIDEOCOLONSCOPIO	EC-3885FK	A120169	2005
63386	CREMA	Endoscopia Digestiva	VIDEOCOLONSCOPIO	EC-3890FI	A110077	2007
63383	CREMA	Endoscopia Digestiva	VIDEOGASTROSCOPIO	EG-2990I	A110927	2008
65124	CREMA	Endoscopia Digestiva	VIDEOCOLONSCOPIO PEDIATRICO	EC-3490 FI	A110012	2009
59216	CREMA	Endoscopia Digestiva	VIDEOPROCESSORE + monitor	780 EPK-1000	EB011310	2005
59219	CREMA	Endoscopia Digestiva	VIDEOPROCESSORE + monitor	780 EPK-1000	EC011429	2005

b) caratteristiche sanitarie : la destinazione d'uso è specificata nella sopracitata tabella. Gli strumenti da acquisire dovranno essere aggiornati con la moderna tecnologia ad altissima definizione.

c) localizzazione: U.O. di Endoscopia Digestiva dell'Ospedale Maggiore di Crema

d) fattibilità tecnica ed amministrativa: gli strumenti, di per se' "passivi", devono essere collegati a videoprocessori esistenti ed in uso di età medio-recente, sono perciò dedicati. Si configura quindi la necessità di procedere ad un acquisto in privativa dalla Ditta Pentax, già fornitrice del parco macchine attuale, anche per la possibilità di interscambio ed utilizzo su tutti i videoprocessori presenti.

Non sono necessari interventi impiantistici o edilizi. Gli strumenti si agganciano semplicemente al videoprocessore in uso.

e) finalità: gli strumenti da sostituire sono tuttora in uso. Ciò determina, a seconda dello strumento utilizzato (nuovo altissima definizione vs. vecchio standard) una disomogeneità della qualità di visione, del potere discriminante diagnostico e delle prestazioni operative. Si intende con questo progetto ottimizzare la qualità delle prestazioni per tutti gli esami eseguiti. Si segnala che è essenziale la sostituzione degli endoscopi pediatrici, dato il limitato numero disponibile e dedicato ai piccoli pazienti.

f) risultati attesi : rendere possibile un'alta qualità della prestazione diagnostico-operativa per tutti gli esami eseguiti.

g) stima costi con relativa sostenibilità economica:

il costo complessivo degli 8 strumenti è pari a € 240.000,00 iva inclusa



il costo complessivo dei 2 videoprocessori con relativo monitor HD è pari a € 110.000 iva inclusa

TOTALE SPESA PREVISTA: € 350.000 iva inclusa

CRONOGRAMMA

Fasi \ Mesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Indizione procedura																																						
Aggiudicazione																																						
Stipula contratto																																						
Consegna / Collaudo / Messa in servizio																																						

La tempistica di cui sopra è valida in caso di svolgimento della procedura d'acquisto in modo autonomo ; tale evenienza si potrà verificare solo in caso di assenza di procedure già conclusa o in corso da parte di centrali d'acquisto (Consip – Arca – Consorzi)) previa autorizzazione regionale

 Ospedale Maggiore  Regione Lombardia ASST Crema	SCHEDA PROGETTO n.4	7
--	---------------------	---

SCHEMA DI QUADRO ECONOMICO

Quadro economico tecnologia sanitaria

- | | |
|-----------------------------|--------------|
| - fornitura attrezzature | € 287.000,00 |
| - Iva su attrezzatura (22%) | € 63.000,00 |

Totale tecnologia sanitaria **€ 350.000,00**



COSTO TOTALE DELL'INTERVENTO **€ 350.000,00**

f.to
 Il Direttore
 UOC Tecnico-Patrimoniale
 ing. Fabrizio Landi

f.to
 Il Responsabile
 Servizio Ingegneria Clinica
 ing. Sara De Simoni

Firma autografa sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.L.vo n39/1993- art.3, comma 2

ASST DI CREMA

 Ospedale Maggiore  Regione Lombardia ASST Crema	SCHEDA PROGETTO n. 5	Pag.1
--	----------------------	-------

TITOLO PROGETTO
ACQUISIZIONE DI UN NAVIGATORE OTTICO ED
ELETTROMAGNETICO PER ATTIVITA' CHIRURGICA
OPERATORIA DI OTORINOLARINGOIATRIA.

Ambito di intervento ex DGR X/5805 del 18/11/2016 : **AMBITO D -**
GRANDI APPARECCHIATURE

RELAZIONE STRATEGICA

Il Presidio Ospedale Maggiore della ASST di Crema si configura come DEA di I livello.

Il presidio è dotato di tutte le specialità mediche e chirurgiche previste dal DM 70/2015 per questo livello.

Le attività svolte dalle specialità chirurgiche superano i livelli di attività minimi ed i requisiti strutturali ed organizzativi previsti dal decreto richiamato.

Il Presidio è inserito nella Rete DEA delle patologie tempo-dipendenti e nelle altre reti sanitarie di Regione Lombardia con alcune specialità che rivestono il ruolo di Hub per la patologia trattata (Emorragie alte vie digestive, Centro Trauma CTZ senza NCH, Rete IMA e Rete Stroke, Malattie Rare di Rendu-Osler e M. di Caroli).

La attività chirurgica plurispecialistica è un punto di forza della ASST.

Nello specifico l'attività della specialità di otorinolaringoiatria si caratterizza per circa 1.300 ricoveri/anno, 1.000 chirurgie con un buon livello di specializzazione.

Garantire livelli di sicurezza chirurgica mediante l'impiego di strumenti di ausilio e complemento alle skills dell'operatore è un obiettivo ritenuto molto importante per la direzione strategica dell'Ospedale.

f.to
Il Direttore Generale
Dott. Luigi Ablondi

RELAZIONE SANITARIA

a) Benefici attesi

Il sistema di navigazione richiesto permette l'esecuzione delle chirurgie avanzate in ambito otorinolaringoiatrico come gli interventi ai seni paranasali, all'orecchio e alla base cranica monitorando costantemente durante l'intervento le strutture a rischio.

Le procedure chirurgiche nella loro esecuzione e nella loro pianificazione preoperatoria abbisognano di informazioni visive tramite l'endoscopio o il microscopio, di conoscenze anatomiche del chirurgo, della sua esperienza e dei dati radiologici preoperatori.

Tuttavia, oltre alla visione endoscopica, è necessario garantire un orientamento preciso all'interno del campo operatorio.

Patologie marcate, così come cicatrizzazioni e alterazioni dovute ad interventi precedenti, possono rendere molto difficile la corretta individuazione del sito operatorio, compromettendo la qualità dell'intervento e la sicurezza del paziente.

In tali casi il ricorso a dispositivi che consentono di facilitare l'orientamento spaziale può rivelarsi fondamentale.



Nella chirurgia otorinolaringoiatrica e del basicranio, i sistemi di navigazione hanno questa funzione.

Il sistema riceve come input file immagini da PACS di TAC e/o RMN, è in grado di elaborare una mappa tridimensionale della struttura anatomica su cui intervenire, e di far selezionare su tale mappa le strutture cosiddette a rischio, sensibili, da non danneggiare, o una sequenza di esse, o alternativamente un percorso a tappe che le eviti.

Presso il reparto ORL di Crema si eseguono circa 200 interventi in ambito ORL in cui potrebbe essere di ausilio l'utilizzo del navigatore.

Il navigatore ha lo scopo di facilitare l'intervento chirurgico e quindi potrà essere utilizzato sia dal chirurgo meno esperto prevenendo gli errori, che in ambito otorinolaringoiatrico sono drammatici, sia dal chirurgo esperto che potrà estendere le indicazioni chirurgiche.

b) Domanda a cui si intende dare risposta con attivazione eventuali nuovi servizi

 Ospedale Maggiore  Regione Lombardia ASST Crema	SCHEMA PROGETTO n. 5	Pag.4
--	----------------------	-------

Sicurezza, precisione chirurgica. Mediante la più precisa individuazione delle aree di intervento si riduce la lesione di tessuti indenni e da preservare.

L'impiego garantisce un risparmio anatomico-funzionale delle strutture interessate.

c) **Coerenza con indicatori DM 70/2015**

L'unità operativa di Otorinolaringoiatria dell'Ospedale Maggiore di Crema si colloca nell'ambito territoriale della ASST di Crema, con bacino di abitanti superiore a 160.000, pertanto ricompreso nei range previsti dal DM 70/2015 per la specialità.

Il Presidio è sede di DEA di I livello, pertanto deve essere dotato di U.O. di Otorinolaringoiatria.

Il reparto di otorinolaringoiatria dispone di 20 posti letto di degenza, ed esegue circa 1.300 ricoveri/anno di cui quasi 1.000 chirurgici.

f.to
Il Direttore Sanitario
Dr.ssa Ermanna Derelli

Firma autografa sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.L.vo n39/1993- art.3, comma 2

RELAZIONE TECNICA

- a) caratteristiche tipologiche : il sistema è formato da una centrale operativa e monitor di visualizzazione full hd che riceve come input file immagini da PACS di TAC RMN, è in grado di elaborare una mappa tridimensionale della struttura anatomica su cui intervenire, e di far selezionare su tale mappa delle strutture cosiddette a rischio da non danneggiare, o una sequenza di esse, o alternativamente un percorso a tappe che le eviti. Il sistema è sia ottico sia elettromagnetico, grazie a un generatore di campo che viene posizionato sotto il poggiatesta del paziente e ad una telecamera doppia su piantana carrellata. Sul paziente e sugli strumenti vengono collocati dei markers di riferimento che danno al sistema tramite il rilevamento ottico e/o magnetico, la posizione esatta sia della mappa tridimensionale ricostruita della zona anatomica sia della posizione dello strumento rispetto o all'interno di essa. Tramite segnali acustici e visivi quindi lo strumento fa navigare il chirurgo, segnalando quando lo strumento si avvicina troppo o entra in contatto con le strutture dette a rischio da evitare. È possibile esportare su cd/dvd le pianificazioni e gli screenshot eseguiti;
- b) caratteristiche sanitarie: è uno strumento complementare alla colonna videoendoscopica e agli strumenti shaver e drill normalmente in uso, mediante l'abilità manuale e la conoscenza anatomica del chirurgo; il chirurgo mantiene la sua manualità ma lo strumento ne migliora la precisione nell'orientamento e nell'introduzione di strumenti, ottiche, shaver in strutture piccole e delicate quali quelle della chirurgia ORL;
- c) localizzazione: Blocco Operatorio Piastra – Sala Operatoria Otorinolaringoiatria;
- d) fattibilità tecnica ed amministrativa: il sistema è composto da una centrale operativa compatta, e monitor full hd inseribili su colonna video laparoscopica, da una telecamera su piantana carrellata e da un generatore di campo fissabile al poggiatesta del letto operatorio. Non necessita quindi di opere impiantistiche o edilizie. Il generatore di campo elettromagnetico necessita di alcune precauzioni nelle distanze di altre apparecchiature circostanti che dovranno essere concordate tra l'esperto e gli operatori durante il training. Il sistema di navigazione necessita inoltre di un collegamento bidirezionale con il PACS aziendale tramite rete intranet o tramite chiave usb per poter importare le immagini TAC e RMN del paziente in base a cui è in grado di guidare il chirurgo. Dal punto di vista organizzativo necessita di una fase di programmazione molto importante che deve avvenire in parte prima dell'intervento con il caricamento delle immagini RMN TAC e l'individuazione e selezione delle strutture a rischio da monitorare , in

parte con la presenza del paziente per il fissaggio di punti di riferimento sul paziente stesso/scannerizzazione delle superfici anatomiche del paziente;

e) finalità: il sistema crea una mappa tridimensionale della struttura anatomica oggetto dell'intervento ed è in grado tramite segnali acustici e visivi di segnalare al chirurgo che indaga la zona con strumenti, ottiche quando è in prossimità o è in contatto con le strutture a rischio da evitare. Inoltre, è in grado, se opportunamente programmato prima dell'intervento sulla base della ricostruzione tridimensionale mediante TAC e RMN, di guidare il chirurgo nel percorso da fare con un determinato strumento, fino al raggiungimento del sito chirurgico evitando contatti o danneggiamenti lungo il percorso delle strutture cosiddette a rischio.

f) risultati attesi: vedasi relazione sanitaria

g) stima costi con relativa sostenibilità economica:

costo del sistema in configurazione completa: € 130.000 + Iva

Il sistema prevede l'utilizzo di strumenti di indagine usurabili (utilizzabili per 30 volte) che comporterà un costo d'esercizio annuo stimabile in circa 7.000,00 € (iva inclusa) oltre a una spesa ridotta per acquisto di markers monouso, costo che si ritiene compatibile e sostenibile considerando i benefici in termini di sicurezza e riduzione del rischio, con possibili vantaggi sul piano assicurativo.

CRONOGRAMMA

Fasi \ Mesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Indizione procedura	■	■																																				
Aggiudicazione			■	■	■																																	
Stipula contratto						■																																
Consegna / Collaudo / Messa in servizio							■	■	■																													

La tempistica di cui sopra è valida in caso di svolgimento della procedura d'acquisto in modo autonomo ; tale evenienza si potrà verificare solo in caso di assenza di procedure già conclusa o in corso da parte di centrali d'acquisto (Consp – Arca – Consorzi) previa autorizzazione regionale

SCHEMA DI QUADRO ECONOMICO

Quadro economico tecnologia sanitaria

- | | |
|-----------------------------|--------------|
| - fornitura attrezzature | € 130.000,00 |
| - Iva su attrezzatura (22%) | € 28.600,00 |

Totale tecnologia sanitaria € **158.600,00**

COSTO TOTALE DELL'INTERVENTO € **158.600,00**

f.to
Il Direttore
UOC Tecnico-Patrimoniale
ing. Fabrizio Landi

f.to
Il Responsabile
Servizio Ingegneria Clinica
ing. Sara De Simoni

Firma autografa sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.L.vo n39/1993- art.3, comma 2

ALLEGATO 6 - TABELLA PATRIMONIO EDILIZIO

Scheda Fabbricati						Dati Catastali										attuale utilizzo	
1. N. Progr.	2. Via/Piazza	3. n.	4. Piano	5. Da reddito?	6. Comune di ubicazione	7. Sezione	8. Foglio	9. Particella	10. Sub	11. Categoria	12. Classe	13. Num. Vani	14. Metri cubi	15. M. quadri	16. Rendita		
1	Largo Ugo Dossena	2	S2-S1-T-1-2-3-4-5-6	NO	Crema (CR)		45	130		B/2	U		162.731,00		168.086,48	sede ospedale maggiore di crema	
2	Viale Monte Grappa	15	S1-T-1-2-3	NO	Rivolta d'Adda (CR)		12	208		B/2	U		35.600,00		31.256,09	sede presidio osp a Rivolta d'Adda	
3	Via Antonio Gramsci	13	S1-T-1-2	NO	Crema (CR)		30	267		B/2	U		10.082,00		10.413,80	sede uffici amministrativi	
4	Via Teresine	7	T-1	NO	Crema (CR)		32	260-273	502	B/2	U		3.868,00		3.995,30	sede del CPS e del CRA e relative aree attigue	
5	Via Teresine	7	T	NO	Crema (CR)		32	274		area urbana				530			
6	Via Teresine	7	T	NO	Crema (CR)		32	1340		area urbana				360			
7	Via Giulio Cesare	33	T	NO	Rivolta d'Adda (CR)		12	340	512	BCNC						nucleo appartamenti utilizzati dall'UO di Riabilitazione delle Dipendenze	
8	Via Giulio Cesare	33	S1-T-1-2	NO	Rivolta d'Adda (CR)		12	340	513	BCNC							
9	Via Giulio Cesare	33	S1-T-1-2	NO	Rivolta d'Adda (CR)		12	340	514	BCNC							
10	Via Giulio Cesare	33	S1-T	NO	Rivolta d'Adda (CR)		12	340	515	A/2	4	9,5			956,74		
11	Via Giulio Cesare	33	S1-1	NO	Rivolta d'Adda (CR)		12	340	516	A/2	4	3,5			352,48		
12	Via Giulio Cesare	33	S1-1	NO	Rivolta d'Adda (CR)		12	340	517	A/2	4	3,5			352,48		
13	Via Giulio Cesare	33	S1-1	NO	Rivolta d'Adda (CR)		12	340	518	A/2	4	3,5			352,48		
14	Via Giulio Cesare	33	S1-2	NO	Rivolta d'Adda (CR)		12	340	519	A/2	4	3,5			352,48		
15	Via Giulio Cesare	33	S1-2	NO	Rivolta d'Adda (CR)		12	340	520	A/2	4	7,5			755,32		
16	Via Giulio Cesare	33	T	NO	Rivolta d'Adda (CR)		12	519		C/6	4			24	37,18		
17	Via Matilde di Canossa	1	S1-4	NO	Crema (CR)		33	104	47	A/2	3	5,5			596,51		appartamento
18	Via Libero Comune	snc	T	NO	Crema (CR)		45	110	502	area urbana				250			aree dedicate a parcheggio /piazze dell'Osp. Maggiore di Crema
19	Via Libero Comune	snc	T	NO	Crema (CR)		45	257	502	area urbana				210			edificio rurale
20	Via Podere Retorto	snc	T-1	SI'	Cappella Cantone (CR)		1	67		F/2							edificio rurale
21	via Medaglie d'Oro	9		NO	Crema		32	260	503	B/2	U		3.403,00	645,00	3.514,99		sede del Ser.T.
22	via Monte Grappa	1		NO	Rivolta d'Adda		12	347 parte		B/2				178,00	937,68		sede a Rivolta d'Adda dei Veterinari ATS Valpadana