Deliberazione della Giunta Regionale 28 gennaio 2011, n. 13-1439

Criteria di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale per le attività di Recupero e Rieducazione funzionale di 3', 2' e 1' livello e per le attività di lungodegenza e definizione della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria.

A relazione dell'Assessore Ferrero:

Con D.G.R. N. n. 1-415 del 2 agosto 2010 è stato recepito l'Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Piemonte per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Come previsto dall'art. 5, comma 1.b.ii dell'accordo la regione ha presentato un programma attuativo che si inserisce nel processo di governo regionale del SSR articolabile nelle seguenti linee direttrici:

- sviluppo del processo di pianificazione sanitaria regionale,
- indirizzi nei confronti delle ASR per la formazione e la gestione dei piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario;
- riordino dei rapporti con i soggetti erogatori
- sviluppo della razionalizzazione delle politiche di acquisto dei beni di consumo e dei servizi intermedi e di investimenti.

Il Piano si pone come obiettivo generale l'esplicitazione dei percorsi di riorganizzazione del SSR in atto nella Regione Piemonte e che verranno sviluppati nel corso del triennio 2010-2012. In questo contesto saranno in particolare sviluppate le azioni necessarie al completo perseguimento dei LEA in modo omogeneo sul territorio regionale e mediante l'utilizzo appropriato ed efficiente dei servizi e delle prestazioni, mediante il processo di riordino delle risposte assistenziali ponendo particolare attenzione al riequilibrio tra i macro livelli assistenziali, mediante lo sviluppo dell'assistenza collettiva e distrettuale e il contenimento dell'assistenza ospedaliera.

Per quanto concerne l'area dell'assistenza ospedaliera è stata ridefinita la rete di degenza, sulla base di parametri condivisi, attraverso il fabbisogno di prestazioni appropriate di acuzie per specialità e per area geografica, l'appropriatezza delle attività di post-acuzie e le strutture organizzative risultanti e l'organizzazione relativa.

In particolare per l'area delle attività di post-acuzie si è proceduto ad elaborare un documento di riordino delle attività ospedaliere di post-acuzie che rispondesse anche alla necessità di ottemperare ai vincoli posti dal Patto per la Salute 2010-2012 di cui all'Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009.

L'Accordo Stato-Regioni all'articolo 6 "razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri", punto 1, prevede che Le Regioni e le Province autonome si impegnino ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Tale riduzione è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e a favorire

l'assistenza residenziale e domiciliare. A tale adempimento le regioni sottoposte ai piani di rientro provvedono entro il 31 dicembre 2010 e le altre regioni entro il 30 giugno 2011.”

In Regione Piemonte il predetto standard è ampiamente superato tale da rendere necessario mettere in campo azioni che adeguino l'area delle post acuzie ai parametri indicati dalla predetta Intesa Stato-Regioni, ponendo particolare attenzione alla necessità di garantire continuità assistenziale al paziente in uscita dall'Ospedale per acuti.

Per la ridefinizione delle funzioni complessive della post-acuzie, prevedendo anche il possibile superamento di funzioni oggi presenti e per alcuni aspetti superate, nel rispetto dei criteri di appropriatezza di intervento, continuità dei percorsi di cure e razionalità nell'uso delle risorse, è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro con D.D. N. 554 del 10.08.2010 che ha formulato una proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera compatibile con i vincoli posti, orientata al recupero di efficienza ed appropriatezza del sistema.

Il documento, che si presenta come uno strumento operativo, tecnicamente definito e scientificamente orientato, rileva che l'ambito della post-acuzie ha come sua specifica connotazione la definizione di modelli integrati di cure flessibili alle esigenze del cittadino che, dimesso dai reparti ospedalieri per acuti, non è in grado di accedere in sicurezza al domicilio per la sua fragilità complessiva sanitaria ed assistenziale.

La criticità particolarmente evidente è quella riferita al passaggio dalla fase acuta a quella subacuta e/o cronica delle malattie, e nello scarso governo clinico-assistenziale delle fasi di integrazione dei servizi fra ospedale e territorio.

Tale criticità è stata già affrontata, in parte, all'atto della rilettura delle attività riabilitative piemontesi che ha prodotto la D.G.R. N. 10-5605 del 2 aprile 2007 “Riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte- Prime direttive alle Aziende Sanitarie Regionali” e pertanto, alla medesima occorre far riferimento, in quanto i suoi contenuti e le sue finalità conservano piena validità.

L'osservazione del funzionamento della rete ospedaliera ha fatto emergere alcune forti criticità:

- la necessità dei reparti per acuti a dimettere sempre più precocemente i pazienti, anche in presenza di pluripatologie o di fragilità, insito ad esempio nell'invecchiamento e nel reinserimento al domicilio soprattutto nelle aree metropolitane ed in quelle rurali o montane.

I pazienti fragili “non autosufficienti, non stabilizzati o in condizione di sub-acuzie, sono pazienti di difficile e complessa gestione per i reparti ospedalieri: spesso ricevono risposte inadeguate, la dimissione è problematica e impegnano impropriamente risorse altrimenti destinate a pazienti con necessità di maggiore intensità e specificità di intervento;

- la difficoltà delle lungodegenze e dei reparti di recupero e rieducazione funzionale nel ricoverare pazienti ancora non stabilizzati clinicamente, con il conseguente rischio di inappropriata delle loro funzioni;

- l'assenza di strutture di cure intermedie ad intensità di cure adeguate alle necessità del paziente.

Tali criticità assumono delle caratteristiche peculiari quando si analizzano in particolare le tipologie di pazienti che arrivano in Pronto Soccorso e che vengono successivamente ricoverati soprattutto nelle discipline di area medica: riacutizzazioni di cronicità in pazienti sempre più anziani con elevata prevalenza di comorbidità, con deterioramento progressivo delle condizioni funzionali e cognitive e con bisogni sociali importanti.

Realtà predittiva di una epidemiologia dei pazienti che si sta modificando in modo significativo.

Le difficoltà che si riscontrano per una appropriata gestione dei percorsi clinico assistenziali per rispondere ai bisogni evidenziati da tali pazienti possono essere così riassunti:

1. scarsa coerenza tra i tempi utili all'Ospedale e quelli necessari a trovare una sistemazione nella sede più idonea;
2. scarsa coerenza tra il percorso ideale e quello offerto dalla rete dei servizi i cui nodi spesso non sono a disposizione;
3. incrocio tra problemi clinici, ambientali e funzionali che rendono incerta la prognosi e la previsione della sede più idonea;
4. piani di assistenza post dimissione che dovrebbero tenere conto della sostenibilità familiare del carico assistenziale
5. piani di assistenza post dimissione che dovrebbero essere concordati fra l'èquipe ospedaliera e quella territoriale, a partire dal MMG;
6. scarsa capacità di risposta domiciliare per cui oltre un certo livello di bisogno si indirizza il paziente in un setting con degenza ospedaliera.

Le suddette criticità comportano:

1. rinvio a strutture di post-acuzie di malati non ancora stabilizzati o affetti da comorbilità di rilievo, quindi
 - a) aumento dei costi sanitari per necessità di terapie altamente costose e non differibili (per esempio: cicli prolungati di antibiotici di secondo e terzo livello), necessità di controlli di esami diagnostici per la gestione clinica /monitoraggio di tali terapie o per l'utilizzo da parte del malato di particolari presidi (pazienti tracheostomizzati, pazienti alimentati mediante PEG, portatori di canule venose centrali, ecc.);
 - b) prolungamento dei tempi di degenza con ulteriore aggravio dei costi;
 - c) gestione di problematiche cliniche che richiederebbero, per una appropriata assistenza, di specifici percorsi formativi da parte del personale di assistenza;
2. invio alle strutture di post acuzie di pazienti che potrebbero essere inviati a strutture socio-assistenziali con elevata valenza sanitaria (cfr. classificazione R2 scheda FAR progetto Mattoni di cui al Decreto Ministero della Salute 17.12.2008)

“...- persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione entrale, lesioni da decubito profonde, etc)...”.
3. invio alle strutture di post acuzie di pazienti senza rete assistenziale (anziani soli, pazienti impossibilitati a tornare al proprio domicilio, pazienti extracomunitari) che non dovrebbero essere inviati a strutture di post acuzie ma a strutture a prevalente componente socio-assistenziale (cfr. classificazione R3 scheda FAR progetto Mattoni di cui al Decreto Ministero della Salute 17.12.2008)

“...Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità d'offerta Residenziali di Mantenimento)...”
4. invio dei pazienti con compilazione di protocolli operativi approssimativi e talvolta non corrispondenti alle reali necessità medico/riabilitative dei pazienti (invio a setting “disponibili” non necessariamente “appropriati”).

Ulteriori effetti distorsivi conseguenti a setting inappropriati per la necessità di terapie costose o particolari presidi non differibili si riassumono nei seguenti:

- sostenimento di costi sanitari per setting più costosi in termini di risorse utilizzate;
- nel setting non appropriato rischio elevato di riacutizzazioni e conseguenti reingressi nelle acuzie;
- diminuzione dei posti letto per i pazienti “appropriati”;
- possibilità di variazioni di mission da parte delle strutture riceventi in rapporto alla gestione del paziente “inappropriato”,
- errata lettura del fabbisogno e di una chiara definizione dell’utenza;
- rigidità nella definizione del setting assegnato che esclude la possibilità di un cambiamento del bisogno assistenziale del paziente che determina un crescendo di continui aumenti dell’assistenza e dei costi .

Una riclassificazione delle attività correlate al fabbisogno dei pazienti come sopra indicato presuppone specifiche azioni di sistema che permettano di:

- ❖ ridurre i ricoveri impropri in degenza per acuti
- ❖ ridurre le giornate di degenza inappropriate dopo la stabilizzazione della fase acuta di malattia,
- ❖ contenere i tempi di degenza in Ospedale mediante una precoce valutazione multidimensionale dei bisogni riscontrati,
- ❖ dare risposte più adeguate ai bisogni clinico-assistenziali dell’anziano, in particolare di quello fragile, con la possibilità di indirizzare pazienti “gravi” verso setting diversi sia in termini di organizzazione che in termini di costi di risorse. Tale azione presuppone:
 - identificazione delle varie tipologie di setting di cura di post-acuzie in un ambito di continuità assistenziale in relazione alle specifiche tipologie dei pazienti,
 - identificazione dei criteri di appropriatezza di invio dei pazienti nei vari setting di cura,
 - definizione di indicatori specifici per una analisi dei livelli di appropriatezza in termini di efficacia ed efficienza
- ❖ organizzare il collegamento operativo con i Distretti delle ASL, competenti per territorio, a cui spettano le funzioni di tutela e di integrazione dei percorsi nella rete di offerta territoriale;
- ❖ favorire l’assistenza residenziale e quella domiciliare , garantendo una maggiore presenza e omogeneità in tutte le ASL della Regione,
- ❖ migliorare la qualità dell’assistenza e l’integrazione professionale, mediante anche corsi specifici di formazione,
- ❖ ottimizzare i costi.

Premesso quanto sopra ed analizzati i dati relativi all’attuale situazione di posti letto si formulano le seguenti proposte operative, anche sulla scorta di una attenta valutazione dell’attuale utilizzo dei posti letto , con particolare riguardo ai codici di diagnosi caratterizzanti i singoli ricoveri, rapportati al fattore età e degenza media.

Le proposte riguardano da un lato le azioni di miglioramento dell’appropriatezza clinico-gestionale e dall’altro una ipotesi di riconversione dei posti letto della post-acuzie che risultano in eccesso rispetto ai vincoli posti dal Patto per la Salute 2010-2012.

Le azioni di miglioramento dell’appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale identificate sono le seguenti:

A) Area delle attività riabilitative degenziali di 3°, 2° e 1° livello

L’identificazione del setting riabilitativo è effettuata al momento della stesura del progetto riabilitativo individuale.

Al fine di migliorare l'appropriato utilizzo degli attuali posti letto presenti nelle strutture riabilitative, pubbliche e private accreditate, si individuano le seguenti azioni:

I. Adeguamento al 95 % del tasso di utilizzo posti letto .

II. Rimodulazione dei giorni di valori soglia .

Per tale ipotesi si è tenuto conto anche dei percorsi riabilitativi già definiti con gli specialisti di riferimento e riguardanti i pazienti di area neurologica, cardiologica e pneumologica (D.D. n. 26 del 22.10.2007).

I valori soglia sono stati ridefiniti anche in funzione della necessità di offrire la possibilità di un miglior recupero della disabilità con un percorso riabilitativo complessivo modulato attraverso interventi degenziali, ambulatoriali e domiciliari:

RRF 2° livello

MDC 1 – sistema nervoso - gg. 60

MDC 4 – apparato respiratorio – gg 25

MDC 5 – apparato cardiocircolatorio – gg. 15

MDC 8 – apparato muscoloscheletrico – gg. 15 per protesi d'anca e ginocchio o post chirurgia ortopedica elettiva , gg 30 per la restante casistica

Altri MDC – 20 giorni

RRF 1° livello

MDC 1 – sistema nervoso - gg. 45

MDC 4 – apparato respiratorio – gg 25

MDC 5 – apparato cardiocircolatorio – gg. 15

MDC 8 – apparato muscoloscheletrico – gg. 15 per protesi d'anca e ginocchio o post chirurgia ortopedica elettiva, gg 30 per la restante casistica

Altri MDC – 20 giorni

III. Indicatori di appropriatezza di funzione del reparto per l'ingresso dei pazienti :

RRF 2° livello - 90% minimo dei pazienti da reparti per acuti con passaggio diretto o entro max 7 giorni dalla dimissione dai reparti per acuti

10 % max dei pazienti da domicilio o da RRF 1° livello

RRF 1° livello - 80% minimo dei pazienti da reparti per acuti con passaggio diretto o entro max 7 giorni dalla dimissione dai reparti per acuti

10 % max dei pazienti da RRF 2° livello

10 % max dei pazienti da domicilio

Dovranno essere definiti criteri di valutazione di eventuali scostamenti dalle suddette percentuali, che tengano in debito conto una approfondita valutazione del percorso realizzato, anche al fine di una revisione/aggiornamento dei predetti indicatori.

IV. Ridefinizione dell'intervento nei confronti dei pazienti con patologie di origine metabolica, in funzione di una riqualificazione degli attuali posti letto di RRF (con possibilità anche di riconversione dei relativi posti letto).

V. Ridefinizione della rete dei posti letto di cod. 75

Premesso che tali posti letto trovano collocazione all'interno di Ospedali sede di Dea di 2° livello come da DGR del 2 aprile 2007, si rende necessario prevedere una ridistribuzione dei 140 p.letto

attuali, garantendo una equa ripartizione tra le 4 AFS in rapporto alla popolazione residente, nonché ridefinire un rapporto più appropriato tra posti letto di ricovero ordinario e quelli di day hospital.

VI. Rete dei posti letto di cod. 28.

La dotazione regionale dei posti letto di codice 28 attualmente risulta congrua con il fabbisogno.

Per quanto riguarda le strutture di RRF di 3° livello – cod.28 e 75 - occorre prevedere un idoneo adeguamento tecnologico affinché possano svolgere pienamente il ruolo di centri di riferimento e di eccellenza, sviluppando anche mobilità attiva.

Peraltro tale potenziamento potrebbe permettere un miglior governo della mobilità passiva sia extra regionale che verso l'estero.

VII. Potenziamento degli interventi domiciliari in rapporto a indicatori di efficienza ed efficacia, purchè sempre sulla base di un progetto riabilitativo che individuando specifici obiettivi, li identifichi come alternativi alla degenza alla luce di una risposta di presa in carico estensiva e/o di monitoraggio nel tempo delle cronicità, sia con esiti di stabilizzati di disabilità, sia con segni clinici di progressione evolutiva.

Per tale tipologia di intervento sono da valutare con attenzione i fattori relativi ai differenti aspetti territoriali ed alla necessità che i vari interventi trovino le opportune forme di collegamento, nonché le modalità di realizzazione, come descritto nella D.D. N. 26 del 22.10.2007

B) Area della lungodegenza ospedaliera

Facendo riferimento a quanto già indicato con DGR 2 aprile 2007, che identifica come fruitori di tale area pazienti di ogni età, i quali, superata la fase acuta della malattia, necessitano ancora di cure e trattamenti intensivi appropriati, possibili in ambito ospedaliero, atti a superare o stabilizzare le limitazioni all'autosufficienza derivanti da malattie e/o infortuni, si ritiene necessario identificare ulteriori parametri per una maggiore qualificazione/appropriatezza del funzionamento di questa area:

- adeguamento al 95 % del tasso di utilizzo posti letto

- ridefinizione del valore soglia della degenza : 30 giorni

- identificazione della tipologia di pazienti trattati :

pazienti provenienti dai reparti per acuti, particolarmente complessi, che necessitano ancora di cure e trattamenti intensivi appropriati, al fine di una stabilizzazione e/o miglioramento clinico-funzionale (come ad esempio pazienti portatori delle “grandi insufficienze d’organo” come diagnosi principali, accompagnati da altre patologie che incidono significativamente sul quadro clinico complessivo) .

Questa funzione deve essere realizzata in stretto collegamento funzionale/ operativo con l’area delle acuzie, e preferibilmente in contiguità logistica, al fine di garantire adeguata assistenza anche a pazienti ad elevata complessità e con necessità di una gestione specialistica multidisciplinare (area delle cure intermedie).

Oggi tale funzione è scarsamente assicurata e pertanto ne va perseguita la realizzazione e lo sviluppo.

Tutto ciò premesso, sulla base delle criticità più sopra descritte e delle azioni di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale individuate, si evidenzia un significativo ridimensionamento dei posti letto ospedalieri della post-acuzie nell'ambito della rete delle strutture di degenza di RRF di 2° e di 1° livello e di lungodegenza .

La riduzione dei posti letto conseguente alle predette azioni di miglioramento dovrà osservare una equa ripartizione dei vari setting riabilitativi nelle 4 AFS regionali e dovrà interessare articolazioni organizzative di almeno 20 posti letto.

L'adeguamento della rete di offerta al fabbisogno prevede la realizzazione di una **funzione extraspedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria** per rispondere ai fabbisogni dei pazienti quali descritti nel capoverso relativo alle considerazioni sull'osservazione del funzionamento della rete ospedaliera e le relative criticità.

L'inserimento dei pazienti in questa tipologia di setting, dove prevale la componente assistenziale rispetto alla parte clinico-internistica che pur è presente in modo significativo, deve seguire specifici criteri di tipo clinico, assistenziale, riabilitativo e socio-ambientale.

Peraltro, al fine di evitare una caduta qualitativa e quantitativa dei servizi erogati a queste tipologie di pazienti (con il rischio di indurre un ulteriore sovraffollamento dei PS e dei reparti di degenza per acuti) , si ritiene indispensabile operare le trasformazioni descritte con la necessaria gradualità (adeguata formazione degli operatori sanitari, attivazione di idonei percorsi organizzativi, informazione rivolta alla popolazione) e gestire la fase di transizione con un attento e continuo monitoraggio utilizzando opportuni indicatori di efficienza ed efficacia.

Premesso quanto sopra, l'ipotesi della realizzazione di **STRUTTURE EXTRAOSPEDALIERE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE A VALENZA SANITARIA** dovrebbe interessare le seguenti tipologie di pazienti:

a. Pazienti con disabilità complesse prevalentemente motorie, di età inferiore ai 65 anni, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari – (max gg. 30 + 30*).

b. Pazienti con disabilità complesse prevalentemente motorie, di età inferiore ai 65 anni, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure in RSA per problematiche clinico-assistenziali di significativa rilevanza.- (max gg. 30 + 30*).

c. Pazienti ultra 65 anni con problematiche clinico-assistenziali e funzionali di significativa rilevanza , che non possono seguire un percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari- (gg. 30 + 30*).

d. Pazienti ultra 65 anni con disabilità motorie di grado moderato che non possono seguire un percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari – (max gg.30.)

e. Pazienti con disabilità ad elevata complessità con necessità prevalentemente assistenziali continuative nelle 24 ore, in occasione di emergenze socio- assistenziali (tipo ricoveri di sollievo).(max gg 30).

f. Pazienti con disabilità neuro-psichiatriche, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari (max. gg. 30 + 30*).

g. Pazienti con disabilità neuro-psichiatriche, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure in RSA/strutture residenziali per problematiche clinico-assistenziali di significativa rilevanza.- (max gg 30 + 30*).

(*) Di norma la degenza è prevista per max 30 giorni , prolungabili di altri 30 sulla base di specifica valutazione riferita ai singoli casi in relazione a motivate necessità. A tal fine dovranno essere definiti i relativi specifici criteri.

L'organizzazione minima necessaria a garantire la nuova funzione dovrebbe prevedere una presenza medica quotidiana di area geriatrica/internistica/psichiatrica limitata ad alcune fasce orarie , una presenza infermieristica/OSS continuativa sulle 24 ore ed il supporto di figure tecniche o specialistiche in rapporto alle singole necessità dei pazienti.

L'eventuale necessità di supporto riabilitativo dovrà essere identificata dal fisiatra per un massimo di 30 minuti/die.

Il ricorso alla suddetta funzione extra ospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria deve essere conseguente all'attuazione di specifici percorsi da definire in stretta continuità con l'area ospedaliera e territoriale, nell'ottica della creazione di un ponte tra il settore sanitario e quello socio-assistenziale.

Con specifico provvedimento della Direzione Sanità saranno definiti specifici indicatori per l'analisi periodica dello stato di attuazione del presente provvedimento sia da parte regionale che delle singole ASL.

Tale analisi potrà contribuire anche ad una eventuale revisione della regolamentazione stabilita con il presente provvedimento.

Quanto sopra premesso, il Relatore propone alla Giunta di recepire i criteri di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale per le attività di degenza di Recupero e rieducazione funzionale di 3°, 2° e 1° livello e per le attività di lungodegenza nonché i criteri per la creazione dell'area di attività extra ospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria quali descritti in premessa al presente provvedimento, al fine di poter assicurare ai pazienti il trattamento appropriato nell'ambito di un percorso di cura integrato ospedale –territorio.

Vista la D.G.R. n. 10-5605 del 2/04/2007;
vista la D.G.R. n. n. 1-415 del 2 /08/ 2010;
vista la D.D. n. 554 del 10.08.2010;

la Giunta Regionale, a voti unanimi

delibera

- di approvare i criteri di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale per le attività di Recupero e rieducazione funzionale di 3°, 2° e 1° livello e per le attività di lungodegenza, nonché i criteri per la creazione dell'area di attività extra ospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria quali descritti in premessa al presente provvedimento.

- di stabilire che con provvedimento della Direzione Sanità saranno definite le modalità di verifica sull'attuazione di quanto disposto con il presente provvedimento .

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

(omissis)