

Decreto n.

**OGGETTO: Approvazione dei documenti relativi al Percorso attuativo, allo Schema di Intesa ed ai Requisiti minimi della "Casa della Salute"**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTO** lo Statuto della Regione Lazio;

**VISTA** la Legge Regionale 18 febbraio 2002 n. 6 e successive modificazioni;

**VISTO** il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta" e successive modificazioni;

**PRESO ATTO** che con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013 è stato conferito al Presidente pro-tempore della Giunta della Regione Lazio, Dott. Nicola Zingaretti, l'incarico di Commissario ad Acta per la prosecuzione del vigente piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Lazio, secondo i Programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni e integrazioni;

**PRESO ATTO** che, con Delibera del Consiglio dei Ministri del 17 dicembre 2013, è stato rivisto l'assetto della struttura commissariale della Regione Lazio con riferimento alle figure dei Subcommissari, per cui il Dott. Giorgi e il Dott. Spata sono cessati, con decorrenza immediata, dalle funzioni loro precedentemente assegnate e il dott. Botti, con decorrenza 7 gennaio 2014, è stato nominato unico Subcommissario della Regione Lazio;

**VISTO** il D.L.gs. 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modificazioni ed integrazioni;

**VISTO** il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";

**VISTO** il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";

**VISTA** la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali";

**VISTO** il Regolamento Regionale 26 gennaio 2007, n. 2 "Disposizioni relative alla verifica di compatibilità e al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, in attuazione dell'art. 5, comma 1, lett. b), della LR 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali)";



Segue decreto n.

COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 gennaio 2013)

- VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale n. 636 del 3 agosto 2007, recante: "Attuazione Piano di Rientro ex deliberazione Giunta Regionale n. 149/07 (intervento 1.1.4). "Approvazione dei principi per la stesura del regolamento di accreditamento istituzionale nella Regione Lazio" e "Requisiti ulteriori, parte generale per l'accREDITamento istituzionale nella Regione Lazio";
- VISTO** il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0087 del 18 dicembre 2009 "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 – 2012";
- VISTO** il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0048 del 31 maggio 2010 "Piano degli interventi per la riconduzione dell'offerta ospedaliera per acuti, riabilitazione post acuzie e lungodegenza medica agli standard previsti dal Patto per la Salute 2010 – 2012";
- VISTO** il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0080 del 30 settembre 2010 "Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale" e successive modificazioni ed integrazioni;
- VISTO** il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0082 del 30 settembre 2010 "Chiarimenti, integrazioni e modifiche al Piano Sanitario Regionale 2010 – 2012 di cui al Decreto del Commissario ad acta n. 87/2009";
- VISTO** il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0090 del 10 novembre 2010 "Approvazione di: "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" (All. 1), "Requisiti ulteriori per l'accREDITamento" (All. 2), "Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli AccredITamenti delle Strutture Sanitarie (SAAS) - Manuale d'uso" (All. 3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accREDITamenti provvisori e avvio del procedimento di accREDITamento definitivo ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accREDITamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3" e s.m.i.;
- VISTO** il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0111 del 31 dicembre 2010 "Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009 recante "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 - 2012" - integrazioni e modifiche";
- VISTO** il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0008 del 10 febbraio 2011 "Modifica dell'Allegato 1 al Decreto del Commissario ad Acta U0090/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3 – Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie";
- VISTO** il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U00039 del 20 marzo 2012 "Assistenza Territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale" e s.m.i.;



Segue decreto n.

COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 gennaio 2013)

**VISTO** il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U00040 del 26 marzo 2012 “DCA n. 58/2009: “ Sistema dei controlli dell’attività sanitaria ospedaliera e specialistica – L.133/08, art. 79, comma 1 septies”. Modifiche ed integrazioni.”;

**VISTO** il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U00099 del 15 giugno 2012 “Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti anche anziane. DPCA n. U0039/2012 e DPCA n. U0008/2011. Corrispondenza tra tipologie di trattamento e nuclei assistenziali e relativi requisiti minimi autorizzativi. Approvazione documenti tecnici comparativi”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta n. U00429 del 24 dicembre 2012 “Decreto del Commissario ad Acta n. U0113 del 31.12.2010 "Programmi Operativi 2011-2012" - Assistenza Domiciliare - Approvazione dei documenti "Stima di prevalenza della popolazione eleggibile e dei posti per l’Assistenza Domiciliare Integrata nella Regione Lazio, per persone non autosufficienti, anche anziane" e "Omogeneizzazione delle Procedure e degli strumenti per l’ADI per persone non autosufficienti, anche anziane”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta n. U00431 del 24 dicembre 2012 “La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell’Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad acta n. U00434 del 24 dicembre 2012 “Requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale conseguente al processo di riordino di cui al DPCA n. 39 del 20 marzo 2012. Modifica al cap. 4.2. del DPCA n. 8/2011 ed integrale sostituzione dei cap. 3.4 e 7.2. del DPCA n. 8/2011”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta n. U00052 del 22 febbraio 2013 “Approvazione Schema di Intesa per il completamento della riconversione delle Strutture ospedaliere di cui all'allegato B del Decreto del Commissario ad acta n. 80/2010.”, che ha stabilito, tra l’altro, in coerenza con quanto previsto dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00040 del 26.3.2012, che i controlli saranno svolti da altra Azienda Unità Sanitaria Locale, rispetto a quella sul cui territorio insiste la Struttura, secondo lo schema riportato:

- ASL RM A esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM B
- ASL RM B esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM D
- ASL RM C esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM E
- ASL RM D esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM C
- ASL RM E esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM A
- ASL RM F esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM G
- ASL RM G esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul

Segue decreto n.

COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 gennaio 2013)

territorio della ASL di Rieti

- ASL RM H esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL di Latina
- ASL di Rieti esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL di Viterbo
- ASL di Viterbo esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM F
- ASL di Frosinone esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM H
- ASL di Latina esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL di Frosinone;

**VISTA** la Determinazione regionale n. B02406 del 13 giugno 2013 “D.C.A. U00206 del 28/05/2013 - Nuovo atto di indirizzo per l’adozione dell’atto di autonomia aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lazio a seguito del recepimento degli “standard per l’individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, comma 1, Lett. B, Patto per la Salute 2010-2012” elaborati dal comitato L.E.A. Istituzione del Gruppo di Lavoro: “Casa della Salute – Modello organizzativo”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta n. U00428 del 4.10.2013 “Approvazione del documento “Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all’organizzazione delle Case della salute”, con cui sono state definite le Linee Guida regionali per la realizzazione delle Case della Salute;

**CONSIDERATO** che a seguito del succitato Decreto n. U00428 del 4.10.2013 sono stati svolti incontri con i rappresentanti delle Organizzazioni sindacali e di categoria, allo scopo di illustrare il modello regionale di Casa della Salute nonché di ricevere osservazioni e suggerimenti utili allo sviluppo del percorso di progressiva attuazione;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta n. U00023 del 30.1.2014 “DCA n. U00428 del 4.10.2013. Approvazione del documento “Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all’organizzazione delle Case della salute”. Integrazione.”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta n. U00429 del 4.10.2013 “Approvazione del documento “Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all’organizzazione distrettuale”, con cui sono state definite le Linee Guida regionali per organizzazione distrettuale;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta n. U00480 del 6.12.2013 “Definitiva Adozione dei Programmi Operativi 2013- 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio.”;

**VISTA** la Determinazione regionale n. G01440 del 4 novembre 2013 “Decreto del Commissario ad Acta n. U00428 del 4.10.2013. Gruppo di Lavoro: “Casa della Salute – Modello organizzativo”, con cui è stato confermato il Gruppo di Lavoro denominato “Casa della Salute - Modello organizzativo”, con il mandato di supportare gli Uffici regionali nelle attività relative allo sviluppo operativo delle Case della Salute nonché al monitoraggio delle funzioni assistenziali previste;



Segue decreto n.

COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 gennaio 2013)

**RAVVISATA** la necessità di fornire, coerentemente con le Raccomandazioni di cui al succitato Decreto n. U00428 del 4.10.2013 e sulla scorta di quanto sopraddetto, indicazioni per l'attuazione delle Case della Salute sul territorio regionale, anche al fine di garantire omogeneità nei diversi Distretti, pur nel rispetto delle peculiarità locali;

**CONSIDERATO** che la Casa della salute, oltre a configurarsi quale luogo fisico di articolazione dei servizi distrettuali, rappresenta anche un insieme di funzioni dell'assistenza primaria e intermedia tra loro integrate, ed inserite in un sistema di rete;

**CONSIDERATO** necessario, per quanto sopraddetto, individuare specifici e dettagliati Percorsi di presa in carico dei pazienti con patologia cronica, anche con riferimento a modalità assistenziali quali l'ADI, anche avvalendosi degli strumenti tecnologici propri della teleassistenza, telemonitoraggio e telemedicina;

**RITENUTO** quindi necessario assicurare la governance delle Case della Salute sia a livello regionale che a livello locale tramite specifiche azioni sinergiche, allo scopo di garantire un coordinamento volto alla armonizzazione dello sviluppo delle funzioni previste;

**CONSIDERATO** pertanto che, al fine di realizzare quanto sopraesposto, la Regione ha avviato un percorso attuativo nell'ambito del quale sono stati elaborati specifici documenti, che affrontano tra l'altro le tematiche relative agli aspetti gestionali e di governo delle costituenti Case della Salute;


**CONSIDERATO** che il summenzionato Gruppo di lavoro ha elaborato il documento "Percorso attuativo delle Case della Salute – DCA 428/2013";

**VISTA** altresì la nota regionale prot. 157868 dell'11.12.2013 "Istituzione gruppi di lavoro", con la quale, nell'ambito del Comitato Regionale della medicina generale, sono stati individuati, alcuni gruppi di lavoro, tra cui quello "Casa della Salute – liste di attesa – Presa in carico";

**CONSIDERATO** che il succitato documento "Percorso attuativo delle Case della Salute – DCA 428/2013" è stato condiviso dalle Organizzazioni Sindacali dei Medici di Medicina Generale nella seduta del 29.1.2014 e dalle organizzazioni sindacali dei Pediatri di Libera Scelta nella seduta del 5.2.2014;

**CONSIDERATO** pertanto necessario approvare il summenzionato documento "Percorso attuativo delle Case della Salute – DCA 428/2013", parte integrante del presente provvedimento, che definisce le indicazioni attuative per l'attivazione delle Case della Salute (allegato n. 1);

**CONSIDERATO** altresì necessario procedere alla revisione dello "Schema di Intesa per il completamento della riconversione delle Strutture ospedaliere di cui all'allegato B del Decreto del Commissario ad acta n. 80/2010" approvato con il succitato Decreto n. U00052 del 22 febbraio 2013, alla luce delle intervenute modifiche sia normative che organizzative in materia di Case della Salute nel territorio della Regione Lazio;



Segue decreto n.

COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 gennaio 2013)

**CONSIDERATO** pertanto necessario approvare lo “Schema di Intesa Attivazione della Casa della Salute”, parte integrante del presente provvedimento, che dovrà essere sottoscritto per ciascuna Casa della Salute da attivare nella Regione Lazio (allegato n. 2), che modifica lo “Schema di Intesa per il completamento della riconversione delle Strutture ospedaliere di cui all'allegato B del Decreto del Commissario ad acta n. 80/2010” di cui al succitato Decreto n. U00052/2013;

**CONSIDERATO** necessario infine integrare il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0008 del 10 febbraio 2011 “Modifica dell’Allegato 1 al Decreto del Commissario ad Acta U0090/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3 – Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato “Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie” con i requisiti autorizzativi relativi alle Case della Salute “Requisiti minimi autorizzativi – Casa della Salute”, parte integrante del presente provvedimento (allegato n. 3);

**CONSIDERATO** che, in questa prima fase di avvio, saranno oggetto di Intesa per l’attivazione della Casa della Salute le strutture oggetto di riconversione ai sensi dei summenzionati Decreti n. U0048 del 31 maggio 2010 e n. U0080 del 30 settembre 2010;

### DECRETA

per le motivazioni descritte in premessa, che costituiscono parte integrante del presente provvedimento,

- di approvare il documento “Percorso attuativo delle Case della Salute – DCA 428/2013”, parte integrante del presente provvedimento, che definisce le indicazioni attuative per l’attivazione delle Case della Salute (allegato n. 1);
- di approvare il documento “Schema di Intesa Attivazione della Casa della Salute”, parte integrante del presente provvedimento, che dovrà essere sottoscritto per ciascuna Casa della Salute da attivare nella Regione Lazio (allegato n. 2);
- di approvare il documento “Requisiti minimi autorizzativi – Casa della Salute”, parte integrante del presente provvedimento, ad integrazione dei requisiti di cui al Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0008 del 10 febbraio 2011 (allegato n. 3);
- di prevedere che in questa prima fase di avvio saranno oggetto di Intesa per l’attivazione della Casa della Salute le strutture oggetto di riconversione ai sensi dei summenzionati Decreti n. U0048 del 31 maggio 2010 e n. U0080 del 30 settembre 2010;
- di confermare che, come previsto dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00052 del 22 febbraio 2013, in coerenza con quanto previsto dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00040 del 26.3.2012, i controlli saranno svolti da altra Azienda Unità Sanitaria Locale, rispetto a quella sul cui territorio insiste la Struttura, secondo lo schema riportato:

- ASL RM A esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul



Segue decreto n.

COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 gennaio 2013)

territorio della ASL RM B

- ASL RM B esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM D
- ASL RM C esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM E
- ASL RM D esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM C
- ASL RM E esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM A
- ASL RM F esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM G
- ASL RM G esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL di Rieti
- ASL RM H esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL di Latina
- ASL di Rieti esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL di Viterbo
- ASL di Viterbo esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM F
- ASL di Frosinone esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM H
- ASL di Latina esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL di Frosinone;

- di dare mandato alla competente Direzione regionale di dare attuazione a quanto disposto con il presente provvedimento.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nei termini di gg 60 (sessanta) dalla pubblicazione ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di gg 120 (centoventi).

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

NICOLA ZINGARETTI



**PERCORSO ATTUATIVO DELLE CASE DELLA SALUTE - DCA 428/2013**

**Indice**

Premessa

Parte prima: il modello organizzativo

Il quadro normativo e programmatorio regionale

Il modello case della salute nella riorganizzazione delle attività distrettuali

Parte seconda: accoglienza e percorsi assistenziali

Accoglienza

Percorsi assistenziali

Case management

Centro anti violenza

Parte terza: i rapporti con le strutture distrettuali

Modalità di integrazione delle attività

Rapporti con le altre strutture territoriali

Parte quarta: i rapporti con le strutture di ricovero pubbliche e private di riferimento

Parte quinta: i sistemi di rete

Sistema di Rete; procedure, processi, percorsi

Parte sesta: formazione, comunicazione e soddisfazione dell'assistito

Indicatori di Valutazione





## PREMESSA

La Regione Lazio ha dato avvio ad un complessivo programma di riordino del Servizio sanitario regionale incentrato sulla riorganizzazione dell'offerta ospedaliera e territoriale, promuovendo iniziative di coordinamento nella erogazione dell'assistenza per offrire adeguata risposta ai bisogni dei cittadini.

La sostenibilità del SSR presuppone, quale condizione irrinunciabile, la riorganizzazione della rete ospedaliera per acuti con razionalizzazione sia dell'offerta (posti letto) che dei percorsi di cura (ospedale organizzato per intensità di assistenza, reti di patologia), ma ciò è possibile solo attraverso il potenziamento dell'assistenza territoriale *intesa come l'insieme delle attività e prestazioni sanitarie e sociosanitarie dirette alla prevenzione, al trattamento delle malattie e degli incidenti di più larga diffusione e di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica.*

Ne consegue la necessità di trasferire dall'ambito ospedaliero a quello territoriale un insieme di attività relative soprattutto alla gestione della patologia cronica e delle piccole urgenze che attualmente trovano inappropriata risposta nell'ospedale per acuti, distogliendo competenze e risorse al trattamento di condizioni di maggiore gravità e complessità clinica. Tale quota di attività inappropriata dal punto di vista organizzativo (di ricovero, di prestazioni ambulatoriali) rappresenta una percentuale rilevante delle risorse complessivamente impiegate nell'assistenza ospedaliera, con esclusione di quella indotta dal ricorso alla medicina difensiva.

Su tali considerazioni si basa la scelta della Regione Lazio di promuovere una rete di strutture territoriali organizzate per livelli di complessità assistenziale che sono state denominate Case della salute collegate tra loro, con le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, con le Unità di Cure Primarie esterne alla struttura, con le farmacie pubbliche e private, e con gli altri presidi presenti sul territorio per garantire un'offerta di servizi tale da assicurare l'efficace presa in carico dei cittadini ed il coordinamento delle risposte da garantire loro. Per raggiungere questi obiettivi i software della cartella orientata per problemi (CMOP) della medicina generale e della pediatria di libera scelta dovranno essere in *cloud* e utilizzeranno:

- l'anagrafe nazionale assistiti (ANA) di prossima realizzazione
- ICD-9-CM
- Nomenclatore tariffario regionale, comune a tutte le strutture SSR
- Database dei farmaci (Prontuario Terapeutico)

Inoltre si dovranno collegare in cooperazione applicativa, con valido e garantito supporto tecnico della Regione, ai sistemi informativi regionali (SIO, SIAS, SIES, CUP, 118, SIF, Protesica, etc.) ed ai dati del Progetto TS (ex art. 50/2003). Tali indicazioni sono propedeutiche all'avvio del SIAT.

## PARTE PRIMA: IL MODELLO ORGANIZZATIVO

### 1. Il quadro normativo e programmatico regionale

Di seguito si richiamano i principali provvedimenti adottati dalla Regione Lazio relativi alla riorganizzazione e qualificazione dell'assistenza territoriale e in particolare alla promozione dell'assistenza distrettuale.



- DGR 315/2011 "Il Punto Unico di Accesso sociosanitario integrato nella Regione Lazio- Linee d'Indirizzo";
- DPCA 39/2012 "Assistenza Territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane, e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale";
- DGR 313/2012 "Riqualificazione dell'Assistenza Territoriale e valorizzazione del ruolo del Distretto. Approvazione del documento "Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del Distretto";
- DCA 429/2012 "Decreto del Commissario ad Acta n. U0113 del 31.12.2010 "Programmi Operativi 2011-2012" - Assistenza Domiciliare - Approvazione dei documenti "Stima di prevalenza della popolazione eleggibile e dei posti per l'Assistenza Domiciliare Integrata nella Regione Lazio, per persone non autosufficienti, anche anziane" e "Omogeneizzazione delle Procedure e degli strumenti per l'ADI per persone non autosufficienti, anche anziane";
- DCA 431/2012 "La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio";
- DCA 434/2012 "Requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale conseguente al processo di riordino di cui al DPCA n. 39 del 20 marzo 2012. Modifica al cap. 4.2. del DPCA n. 8/2011 ed integrale sostituzione dei cap. 3.4 e 7.2. del DPCA n. 8/2011";
- DCA 76/2013 "Assistenza territoriale. Rivalutazione dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane ai sensi del Decreto commissariale n. U00039/2012;
- DCA 105/2013 "Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti anche anziane. DPCA n. U0039/2012 e DPCA n. U0008/2011. Approvazione documento contenente i requisiti riferiti alla tipologia di trattamento estensivo per persone non autosufficienti, anche anziane".
- DCA 429/2013 "Approvazione del documento Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione distrettuale"
- DCA 428/2013 "Approvazione del documento Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al DCA n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della salute"
- DCA 480/2013 "Definitiva Adozione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio".

Nel succitato DCA 428/2013 sono state definite le linee guida regionali per la realizzazione delle Case della salute. Gli argomenti trattati sono relativi al modello organizzativo della Casa della salute, che viene articolato in area dell'assistenza primaria, area pubblica, area gestionale e funzionale, moduli funzionali aggiuntivi. Le raccomandazioni contengono anche delle indicazioni relative alla dotazione tecnologica per le attività specialistiche e per la gestione informatica delle diverse funzioni.



## 2. Il modello Case della salute nella riorganizzazione delle attività distrettuali

La Casa della salute (Cds), articolazione del Distretto sanitario, è un luogo fisico immediatamente riconoscibile dai cittadini, in grado di erogare l'assistenza primaria e, se presenti moduli aggiuntivi, l'assistenza intermedia, che si colloca e si connette con l'ospedale e con gli altri servizi territoriali. Obiettivo della CdS è un'efficace presa in carico del paziente, in particolare del paziente cronico, in grado di ridurre gli accessi impropri al P.S. ed i ricoveri ripetuti in ospedale. Nella CdS operano medici del distretto, medici di medicina generale, medici specialisti territoriali e ospedalieri (che garantiscono anche le attività di diagnostica strumentale), psicologi, infermieri oltre ad operatori dedicati alle attività di accoglienza (PUA, CUP ecc.) e ad altre figure professionali in relazione alle specificità dei singoli territori. In alcune realtà operano Pediatri di libera scelta. Per ciascuna delle CdS è previsto un Regolamento di funzionamento della struttura, sulla base degli indirizzi di cui al presente documento, che sarà concordato all'interno del Comitato aziendale permanente per la medicina generale e della pediatria di libera scelta (laddove sia prevista la funzione di pediatria).

### **Modalità organizzative**

Le attività svolte all'interno della CdS dovranno essere in grado di garantire:

- L'accesso a percorsi assistenziali condivisi attraverso la rete integrata Ospedale-Territorio (PDTA)
- La gestione della continuità dell'assistenza
- L'accoglienza dei pazienti e l'orientamento ai servizi attraverso il collegamento con il punto unico di accesso (PUA), con le modalità previste dalla DGR 315/2011
- L'accesso ai servizi di assistenza a persone non autosufficienti, anche anziane, attraverso il collegamento con le Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuali
- L'introduzione di modelli di gestione delle patologie croniche che evitino il ricorso improprio al ricovero tramite ambulatori e/o assistenza a gestione medico-infermieristica (Chronic Care Model).

Il modello organizzativo è di tipo modulare con funzioni di base e moduli funzionali aggiuntivi. Le funzioni di base comprendono:

- La medicina generale, come previsto dall'Accordo collettivo nazionale, dall'Accordo integrativo regionale e dalle successive modifiche e integrazioni
- L'assistenza specialistica ambulatoriale con particolare riferimento alle discipline di cardiologia, ginecologia, pneumologia, diabetologia, oculistica, otorinolaringoiatria, chirurgia generale ed eventualmente angiologia, neurologia, malattie dell'apparato digerente
- Ambulatorio infermieristico
- Attività di diagnostica strumentale di primo livello (Le prestazioni potranno anche essere garantite attraverso rapporti con strutture pubbliche e private accreditate vicine alle case della salute attraverso intese nelle quali siano specificate le prestazioni necessarie e le modalità di comunicazione tra le strutture).
- Area dell'accoglienza
- Sportello CUP e relativa funzione di prenotazione delle indagini ed approfondimenti eventualmente richiesti
- PUA
- Area della sorveglianza temporanea
- Area del volontariato e della mutualità



- Presenza o raccordo funzionale con la postazione più vicina del punto di soccorso mobile 118, dotato di personale medico a bordo presente 24 ore su 24

I moduli aggiuntivi comprendono:

- Area delle cure intermedie ad elevata intensità assistenziale infermieristica
- Assistenza ambulatoriale complessa (ad es. chirurgia ambulatoriale, Day service successivamente all'emanazione di specifici provvedimenti regionali)
- Centri territoriali per le demenze
- Centri anti violenza
- Assistenza farmaceutica (a tale riguardo vedi anche rapporti con le farmacie territoriali)
- Attività fisica adattata
- Funzione ambulatoriale dedicata al trattamento del dolore cronico, nell'ambito delle specifiche reti
- Per le Case della Salute di maggiori dimensioni, con moduli funzionali aggiuntivi come successivamente descritto, nelle aree non metropolitane, può essere previsto un punto di primo intervento in collegamento con i più vicini Pronto Soccorso e DEA.

Ai fini dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi si fa riferimento a quanto previsto dal DCA 8/2011.

#### **Modalità di accesso**

L'accesso da parte dell'utenza alla Casa della Salute può essere:

##### *A) diretto*

L'accesso diretto è consentito per le seguenti attività:

- Punto prelievi
- PUA
- Accoglienza
- Funzioni amministrative collegate alla gestione della posizione degli assistiti, se presente
- CUP
- Centro anti violenza
- Piccole urgenze (ad esempio punture di insetti, disturbi muscolo scheletrici quali contusioni, lumbalgie, dolori articolari acuti; problemi dermatologici come piccole ustioni, abrasioni, rimozione punti di sutura; febbre; problemi otorinolaringoiatrici come otite, faringite, vertigini; coliche addominali; instabilità critica dei valori della pressione arteriosa).

Ove non siano presenti all'interno della Casa della Salute Unità di cure primarie (UCP) che abbiano eletto la sede di attività per i propri assistiti in tale struttura, l'accesso diretto non è consentito per richieste quali ripetizione di ricette, certificazioni mediche (ad esempio malattia) ed altre attività che possono essere svolte presso le sedi delle UCP.

##### *B) regolato tramite prescrizione/invio.*



L'accesso tramite prescrizione/invio da parte del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta o di altro medico del SSR è relativo alle problematiche clinico assistenziali derivanti da patologie croniche gestibili con modalità programmabili quali diabete, cardiopatie, BPCO ed altre condizioni morbose, nell'ambito di definiti percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA). L'accesso indiretto e guidato si realizza attraverso l'interlocuzione tra il Medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta inviante ed il collega presente nella CdS ed è finalizzato alla gestione di casi di media complessità che necessitano dell'intervento di specialisti e dell'area della diagnostica. La CdS è la struttura nella quale si compie l'integrazione della Medicina Generale e della Pediatria di libera scelta attraverso un'attività di rete finalizzata allo scambio bidirezionale delle informazioni relative al paziente utili alla gestione delle problematiche cliniche.

## **PARTE SECONDA: ACCOGLIENZA E PERCORSI ASSISTENZIALI**

### **ACCOGLIENZA**

La Casa della Salute garantisce la funzione di accoglienza che assolve alle necessità di informazione del pubblico e di orientamento relativamente ai servizi presenti nella CdS. Svolge anche una funzione di filtro per quanto riguarda gli utenti che accedono direttamente alla CdS.

Il PUA svolge le funzioni previste dalla DGR 315/2011, in termini di accesso ai servizi territoriali sanitari, sociosanitari e sociali, valutazione del bisogno, avvio della presa in carico, monitoraggio, attraverso attività di Front Office e Back Office.

### **PERCORSI ASSISTENZIALI**

Il percorso assistenziale è un intervento complesso che ha l'obiettivo di:

- migliorare la qualità delle cure attraverso un continuum assistenziale, finalizzato al miglioramento degli esiti aggiustati sul rischio specifico dei pazienti,
- promuovere la sicurezza dei pazienti;
- aumentare la soddisfazione dei pazienti;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

La Casa della Salute attiva specifici Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) relativamente alle principali patologie cronico degenerative e alle condizioni clinico assistenziali a maggior impatto sociale.

Devono essere attivi almeno i percorsi per i pazienti diabetici, cardiopatici, portatori di Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). I PDTA della Casa della Salute presuppongono la presa in carico proattiva secondo il Chronic Care Model, con la partecipazione del team multidisciplinare e multiprofessionale (Medico di medicina generale, pediatra di libera scelta ove presente, medico specialista territoriale e ospedaliero, infermiere e le altre eventuali figure professionali del caso).

### **CASE MANAGEMENT**

Presso la Casa della Salute è attivata la funzione di Case management. Tale funzione è riferibile al "processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure, valutazione ed



advocacy delle scelte e dei servizi, che agevolino i bisogni sanitari generali dell'individuo e della famiglia, attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, al fine di promuovere outcome di qualità, con un buon rapporto costo-efficacia" (CMSA, 2010).

Le fasi principali del processo di case management includono:

1. Identificazione e selezione dell'utente: selezione degli utenti che potrebbero beneficiare delle prestazioni del case management. Questa fase dovrebbe includere l'ottenimento del consenso per le prestazioni di case management, se appropriato.
2. Identificazione e valutazione del problema/opportunità: inizia dopo il completamento della selezione del caso e l'immissione all'interno del case management e avviene secondo la necessità e per il tempo necessario. Nella maggior parte dei casi la valutazione sarà svolta dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale
3. Sviluppo del piano di assistenza individuale (PAI): stabilire gli obiettivi dell'intervento e stabilire la priorità dei bisogni del paziente, così da determinare la tipologia di prestazioni e le risorse che sono necessarie, al fine di raggiungere gli obiettivi stabiliti o i risultati desiderati.
4. Sviluppo e coordinamento delle attività di cura: attuazione del PAI.
5. Valutazione del PAI e follow-up

Le figure chiamate a svolgere la funzione di Case management sono identificate nel medico di medicina generale, nel pediatra di libera scelta e nell'infermiere.

#### **CENTRO ANTIVIOLENZA<sup>1</sup>**

All'interno dei percorsi assistenziali si colloca il Centro antiviolenza, cui contribuiscono professionisti quali lo psicologo, l'assistente sociale, l'infermiere. Il centro antiviolenza della Casa della salute è in rete con analoghe funzioni presenti presso altri enti o gestite dal volontariato.

### **PARTE TERZA: I RAPPORTI CON LE STRUTTURE DISTRETTUALI**

#### **MODALITA' DI INTEGRAZIONE DELLE ATTIVITA'**

La Casa della Salute è un luogo fisico nel quale trovano allocazione attività e servizi sanitari e socio-sanitari. La sola condivisione di uno spazio fisico non costituisce di per sé garanzia di funzionamento integrato. E' necessario quindi che la Casa della Salute si caratterizzi per una modalità operativa ad elevata integrazione tra i diversi servizi ivi operanti e per un raccordo funzionale con i servizi territoriali sanitari, socio-sanitari e sociali non ricompresi nella CdS. Il raccordo funzionale con il territorio e con gli altri presidi aziendali deve realizzarsi inoltre mediante la condivisione di una piattaforma informatica, secondo le modalità descritte in premessa, su cui rendere disponibili ai professionisti le informazioni utili al trattamento dei pazienti. La Casa della Salute deve disporre di uno o più protocolli formalizzati relativi alle modalità di integrazione,

<sup>1</sup> La Legge 15 ottobre 2013 n.119 (G.U. n.242 del 15 ottobre 2013) recante *disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province*, prevede oltre a modifiche al codice di procedura penale per alcuni articoli sui delitti contro la persona, finanziamenti ad hoc per gli anni 2014 e 2015 (7 e 10 milioni) per la promozione dei centri antiviolenza e la casa rifugio. In particolare i centri antiviolenza operano in maniera integrata con la rete dei servizi socio-sanitari e assistenziali territoriali. I centri possono essere promossi dagli enti locali o da associazioni operanti nel settore con esperienza a riguardo, preferibilmente di concerto, d'intesa o in forma consorziate tra loro.



riportanti le specifiche organizzative, le modalità di comunicazione tra servizi, gli strumenti condivisi, finalizzando l'attività ad un miglioramento della presa in carico dell'assistito.

#### **RAPPORTI CON LE ALTRE STRUTTURE TERRITORIALI**

Sono definiti i rapporti delle singole CdS con :

1. La rete dei Medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta operanti nel territorio di competenza in forma associata (UCP, UCPP o altre forme associative) o individuale. La Casa della salute, come le UCP o altre forme organizzative della medicina generale e della pediatria di libera scelta, è presente nella Carta dei Servizi aziendale.
2. Le farmacie territoriali pubbliche ed anche quelle convenzionate, queste ultime ai sensi della Legge n.69 del 18 giugno 2009 e successivi decreti attuativi, possono assicurare assistenza farmaceutica presso il domicilio di pazienti non autosufficienti nell'ambito dei PDTA individuati dalla Casa della Salute di riferimento e di specifici accordi aziendali
3. I poliambulatori pubblici e privati accreditati
4. Gli altri servizi distrettuali e aziendali, con particolare riferimento ai Centri di assistenza domiciliare (CAD), la cui ubicazione presso le CdS è raccomandata
5. Le strutture residenziali e semiresidenziali

#### **PARTE QUARTA: I RAPPORTI CON LE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE E PRIVATE DI RIFERIMENTO**

Devono essere formalizzati i rapporti con le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate aziende ospedaliere, presidi ospedalieri per la gestione dei casi di maggiore gravità. Gli specialisti ospedalieri devono essere coinvolti nella stesura dei PDTA e possono essere attivate consulenze a cura di specialisti provenienti da altre articolazioni aziendali presso le CdS per specifiche necessità legate ad approfondimenti clinici. A tale scopo devono essere nominati i referenti ospedalieri dei singoli percorsi e delle discipline interessate nel PDTA e devono essere condotti audit periodici documentabili con i medici di medicina generale con i pediatri di libera scelta e con le altre figure professionali della CdS. Devono essere identificati percorsi formativi comuni a tutte le figure professionali coinvolte nella Casa della salute.

#### **PARTE QUINTA: I SISTEMI DI RETE**

##### **SISTEMA DI RETE: PROCEDURE, PROCESSI, PERCORSI**

Gli operatori della Casa della Salute, indipendentemente dalla forma contrattuale (convenzionati con SSR, dipendenti), sono inseriti in una rete professionale e di servizi territoriali. Devono essere chiaramente identificati e disponibili:

- Procedure, intese quali sequenze di azioni tecnico-operative eseguite dal professionista e rappresentanti l'unità elementare del processo assistenziale.
- Processi, insieme di procedure con definizione del punto di ingresso (IN) e il punto di uscita (OUT) del paziente, e identificazione delle varie fasi, considerando gli aspetti clinici, assistenziali, organizzativi.



- Percorsi assistenziali, insieme di processi finalizzato all'implementazione delle LG adattate al contesto locale.

La CdS deve operare con modalità integrate non solo relativamente ai servizi presenti nel proprio interno ma anche con gli altri servizi aziendali e dell'ente locale, attraverso la formulazione di protocolli specifici di integrazione (anche con l'ospedale per acuti).

### **Compiti e funzioni delle principali figure professionali**

#### **Dirigente medico di distretto**

Il Dirigente medico di distretto:

- è responsabile della struttura per gli aspetti igienico-sanitari e per quelli organizzativi e gestionali;
- cura, in collaborazione con il Coordinatore dei Medici di medicina generale e il Dirigente Infermieristico di Distretto (o figura analoga) l'applicazione del regolamento interno sull'ordinamento e sul funzionamento della struttura;
- riceve dal coordinatore dei Medici di medicina generale, i turni di presenza dei Medici di medicina generale, e cura i turni degli specialisti ambulatoriali ed in generale del personale assegnato
- verifica, sulla base delle relazioni del coordinatore dei Medici di medicina generale, che la presa in carico dei pazienti cronici avvenga secondo i PDTA elaborati
- assicura e verifica l'effettiva integrazione tra la CdS e le Aziende o i Presidi Ospedalieri, i Servizi di Assistenza Domiciliare, i Servizi Aziendali (farmaceutico, assistenza protesica, medicina legale ecc.), le Strutture Residenziali (strutture residenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, Hospice), l'Ente Locale
- è responsabile del debito informativo
- in accordo con il Direttore di Distretto e con il Coordinatore dei Medici di medicina generale assegna agli operatori e dirigenti gli obiettivi individuali e di équipe e provvede alla successiva valutazione

Nelle Case della Salute nelle quali è attivo il modulo aggiuntivo di cure intermedie ad elevata intensità assistenziale infermieristica, oltre a quanto sopra indicato, il Dirigente medico di distretto:

- cura l'applicazione del regolamento interno (previsto dalla DGR 424/2006) sull'ordinamento e sul funzionamento dell'attività di assistenza;
- vigila sulla regolare compilazione e tenuta dell'archivio clinico e del registro delle presenze dei pazienti e delle liste di attesa;
- organizza con l'infermiere dirigente di distretto (o figura analoga) la rete delle figure professionali necessaria alla realizzazione del PAI;
- firma la scheda di dimissione;
- rilascia agli aventi diritto, in base ai criteri stabiliti dall'Amministrazione, copia della documentazione sanitaria;
- vigila, secondo la normativa vigente, sulla corretta detenzione e somministrazione delle sostanze stupefacenti o psicotropiche;
- vigila sulla gestione del servizio farmaceutico e sulle scorte dei medicinali e degli altri presidi terapeutici;
- cura l'osservanza delle disposizioni concernenti la medicina necroscopica.

#### **Infermiere coordinatore**

L'Infermiere coordinatore di distretto:

- è responsabile sotto il profilo organizzativo e gestionale di tutto il personale infermieristico e tecnico assegnato funzionalmente alla struttura;
- è responsabile dell'attività dell'Ambulatorio Infermieristico





- partecipa alle attività di Case-management in collaborazione con il coordinatore dei Medici di medicina generale
- organizza e coordina le consulenze specialistiche e gli interventi di diagnostica strumentale
- attiva, al bisogno, il servizio di emergenza-urgenza territoriale (tramite la centrale operativa del 118) delegando, in sua assenza, il personale infermieristico;
- è responsabile dell'approvvigionamento di tutto il materiale necessario per il corretto funzionamento della CdS
- promuove e partecipa all'organizzazione dei programmi di aggiornamento del personale infermieristico e tecnico
- controlla le operazioni di sanificazione degli ambienti;
- in accordo con il Dirigente medico e con il Direttore di Distretto assegna agli operatori gli obiettivi individuali e di équipe e provvede alla successiva valutazione.

Nelle Case della Salute nelle quali è attivo il modulo aggiuntivo di cure intermedie ad elevata intensità assistenziale infermieristica, oltre a quanto sopra indicato, l'Infermiere coordinatore di distretto:

- attiva, per le situazioni di urgenza/emergenza, secondo specifici protocolli aziendali, il Medico di Medicina Generale, il servizio di continuità assistenziale o il servizio di emergenza-urgenza territoriale (tramite la centrale operativa del 118)
- è responsabile del piano assistenziale infermieristico individuale, che redige in collaborazione con il Medico di Medicina Generale coinvolgendo il personale infermieristico, tecnico e altre figure professionali o del volontariato per gli eventuali e specifici impegni di competenza;
- provvede alla verifica e valutazione periodica dell'attuazione e dell'efficacia del piano assistenziale infermieristico individuale, in collaborazione con il Medico di Medicina Generale proponendo eventuali modifiche e correttivi;
- collabora con il Medico di medicina generale per la dimissione del paziente;
- è responsabile della corretta conservazione e gestione dei farmaci;
- è responsabile della tenuta del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotropiche in conformità a quanto disposto dalla normativa;
- è responsabile della tenuta dell'archivio delle cartelle infermieristiche, da inserire nella documentazione sanitaria dell'assistito, nonché della lista di attesa;
- partecipa alle riunioni periodiche stabilite dal dirigente medico di distretto ed indice, quando ne rilevi la necessità, riunioni con il personale infermieristico e tecnico.

#### **Medici di medicina generale / Pediatri di libera scelta**

I Medici di medicina generale possono operare, con scelta individuale non obbligatoria, all'interno delle Case della salute per assicurare l'assistenza primaria nelle forme più avanzate con i compiti e le funzioni previste dall'Accordo collettivo nazionale e dall'Accordo integrativo regionale vigenti, potendo utilizzare servizi e tecnologie ivi disponibili ed integrandosi nell'équipe multidisciplinare e multiprofessionale. Assumono centralità nel processo di cura e devono interagire attivamente con gli specialisti, anche ospedalieri, e con gli altri servizi aziendali nelle fasi di accesso ai servizi del cittadino, di valutazione del bisogno, di presa in carico e trattamento.

Le modalità organizzative con le quali i Medici di medicina generale prestano la loro opera all'interno delle CdS possono prevedere una forma di turnazione aggiuntiva (o a completamento orario) dei Medici di assistenza primaria delle UCP o degli altri medici di medicina generale presenti nel territorio. In particolari contesti, potrà essere valutata, da parte del Comitato aziendale permanente per la medicina generale,



l'elezione della CdS quale sede esclusiva delle attività anche a favore dei propri assistiti, oppure modelli misti.

Nella struttura trova collocazione la continuità assistenziale (Guardia medica), a garanzia di un'assistenza sulle 24 ore.

Nella struttura trova collocazione la medicina dei servizi che svolge le funzioni proprie dell'incarico. Collabora ai programmi di prevenzione collettiva, o in compiti di istituto presso le unità di medicina legale, assistenza protesica, certificazioni, prelievi, ecc.

I Medici di medicina generale presenti con ruolo di coordinamento all'interno della CdS curano e coordinano, di concerto con i referenti di UCP, le attività della rete territoriale della medicina generale.

In particolare sono affidati ai Medici di medicina generale coordinatori i seguenti compiti:

- concordano con la direzione del distretto gli obiettivi della CdS in base alle funzioni presenti
- curano il collegamento con gli altri Servizi e con le altre figure professionali per favorire la continuità dell'assistenza
- concordano con il Direttore di Distretto le risorse in termini di personale, materiali di consumo, spazi ed apparecchiature in dotazione per la realizzazione dei percorsi in collaborazione con il dirigente medico di distretto
- elaborano una relazione annuale sui pazienti afferenti alle CdS corredata da statistiche e dalla segnalazione di criticità e delle possibili azioni correttive e delle azioni di miglioramento
- svolgono funzioni di raccordo dei contributi delle diverse figure professionali nell'ambito dei PDTA attivi e per la gestione di eventuali urgenze
- collaborano con il dirigente medico di distretto alla definizione dei criteri di gestione delle liste di attesa (coerentemente con le indicazioni regionali)
- garantiscono il coordinamento delle varie attività della medicina generale ed il rispetto del regolamento
- collaborano con le altre figure professionali alla predisposizione di programmi di formazione e di aggiornamento del personale
- valutano, con periodicità stabilita a livello aziendale, con la Direzione del distretto gli indicatori di risultato assegnati.

Per quanto riguarda la Pediatria di libera scelta, nelle CdS di maggiori dimensioni o laddove in seguito ad attenta ricognizione si ravveda la necessità di implementare l'assistenza pediatrica potrà essere prevista una sezione pediatrica.

I Pediatri di libera scelta possono operare, con scelta individuale non obbligatoria, all'interno delle Case della salute per assicurare l'assistenza primaria nelle forme più avanzate con i compiti e le funzioni previste dall'Accordo collettivo nazionale e dall'Accordo integrativo regionale vigenti, potendo utilizzare servizi e tecnologie ivi disponibili ed integrandosi nell'équipe multidisciplinare e multiprofessionale. Assumono centralità nel processo di cura e devono interagire attivamente con gli specialisti, anche ospedalieri, e con



gli altri servizi aziendali nelle fasi di accesso ai servizi dei cittadini in età pediatrica, di valutazione del bisogno, di presa in carico e trattamento.

Si prevede inoltre:

- attività specialistica di area pediatrica (es. neuropsichiatria infantile, ORL, dermatologia, pneumologia, chirurgia pediatrica, cardiologia, ortopedia )
- ambulatorio per la gestione delle cronicità del bambino: l'accesso dell'utente pediatrico avviene attraverso l'identificazione e l'invio da parte del pediatra di libera scelta al fine di intraprendere un processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione e di coordinamento delle cure, che agevoli i bisogni sanitari del bambino con patologia cronica o complessa e della sua famiglia.

Nelle CdS di minori dimensioni o laddove per particolari situazioni o geografiche se ne ravvisi la necessità può essere prevista la presenza per alcune ore settimanali di un PLS, anche a turnazione.

I Pediatri di libera scelta presenti con ruolo di coordinamento all'interno della CdS curano e coordinano, di concerto con i referenti di UCPP, le attività della rete territoriale della pediatria di libera scelta.

In particolare sono affidati ai Pediatri di libera scelta coordinatori gli stessi compiti del coordinatore di medicina generale.

#### **MEDICI SPECIALISTI**

I medici specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti convenzionati operano all'interno della Casa della salute nel rispetto dell'ACN vigente, armonizzando le proprie attività con quelle delle altre figure professionali. Nell'ambito dell'orario previsto dai rispettivi incarichi svolgono attività ambulatoriale, domiciliare e di consulenza presso le strutture residenziali del territorio in forma programmata e, ove presente, presso l'area delle cure intermedie ad elevata intensità assistenziale infermieristica, dedicando parte dell'orario di incarico alla partecipazione ai PDTA a favore degli assistiti che dovessero accedere direttamente alla casa della salute con le modalità e nelle occasioni consentite.

#### **PSICOLOGI**

Operano all'interno dei servizi in cui sono inseriti ed in attività ambulatoriali.

#### **EQUIPE MULTIDISCIPLINARE E MULTIPROFESSIONALE**

La Casa della Salute si caratterizza per una modalità di lavoro integrata, che pone al centro la persona. A tal fine sono costituite le Equipe multiprofessionali e multidisciplinari della Casa della Salute, con la finalità di coordinare i processi clinico-assistenziali organizzando il lavoro in funzione dell'integrazione dell'intervento condividendo finalità, modalità organizzative, ripartizione del lavoro e attività di coordinamento. L'équipe deve essere formalizzata e devono essere previsti strumenti comunicativi condivisi (scheda clinico assistenziale, modalità di trasmissione delle informazioni). La scheda clinico assistenziale integrata è da considerarsi quale strumento di comunicazione e integrazione inter-professionale proprio dell'équipe, in grado di rendere disponibili in maniera univoca i dati necessari per erogare le prestazioni sanitarie in



maniera appropriata, efficace, efficiente e sicura. Dell'équipe fanno parte tutte le figure professionali (sanitarie e sociali) che intervengono nel trattare un determinato paziente.

## **PARTE SESTA**

### **FORMAZIONE**

La Regione Lazio realizzerà un programma formativo sulla Casa della Salute, con particolare riferimento alle modalità organizzative e di funzionamento finalizzato a formare un numero limitato di facilitatori/tutor per ciascuna ASL.

Le ASL, mediante i facilitatori/tutor, dovranno realizzare specifici percorsi formativi dedicati alle équipe della Casa della Salute configurati sui principali PDTA e, più in generale, eventi formativi destinati all'insieme del personale operante nella Casa della Salute, esteso al personale proveniente da altri servizi e strutture di riferimento.

Al fine di favorire la continuità del percorso formativo e il confronto di esperienze e buone pratiche viene istituita a livello regionale una funzione di coordinamento cui partecipano i referenti dei facilitatori/tutor delle ASL.

La formazione del personale delle CdS e del resto del personale deve avvenire "sul campo" ed essere orientata alle tecniche di "problem solving".

### **COMUNICAZIONE**

La Regione Lazio gestirà una campagna di comunicazione rivolta ai cittadini al fine di informare efficacemente l'utenza sulle modalità di accesso, funzioni e prestazioni disponibili nelle Case della salute come strutture di riferimento territoriali i aggiunta alle UCP e UCPP presenti nel Distretto di riferimento. Le ASL dovranno organizzare campagne informative locali. Le campagne saranno concordate con le OO. SS. della medicina generale e della pediatria di libera scelta.

### **SODDISFAZIONE DELL'ASSISTITO**

Nelle CdS saranno condotte rilevazioni periodiche relativamente alla soddisfazione dei propri assistiti.

### **IL REGOLAMENTO CASA DELLA SALUTE**

Ciascuna Casa della salute dovrà dotarsi di un regolamento in cui siano disciplinati almeno i seguenti argomenti:

- accesso
- percorsi assistenziali
- gestione delle piccole urgenze
- equipe multi professionale e multidisciplinare
- modalità di funzionamento interno



- modalità di relazione con gli altri nodi della rete
- personale e risorse, anche in condivisione con altri servizi o enti
- audit, formazione
- integrazione con il volontariato e la mutualità ove presente
- sicurezza, gestione del rischio clinico
- modalità di rilevazione della soddisfazione dell'assistito

### INDICATORI DI VALUTAZIONE

A livello regionale verranno misurati i seguenti indicatori di valutazione:

Indicatore	Definizione	Fonti	Standard (parametri di riferimento ottimali cui tendere)
Tasso di ospedalizzazione standardizzato di ricoveri ordinari (di 2 o più giornate) attribuiti a DRG a alto rischio di inappropriatazza del Patto della Salute 2010-2012	(N. dimissioni in degenza ordinaria (di 2 o più giornate) con DRG "inappropriato" (108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B (cfr. art 6, c.5)) / Popolazione residente nel distretto) * 1000	SDO	$\leq 23$
Somma ponderata di tassi specifici per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrica, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO. (Indice pesato per fasce d'età)	L'indicatore complessivo è dato dalla somma ponderata dei tassi specifici per patologia (grezzi o standardizzati).	SDO	$\leq 600$
Prestazioni ambulatoriali specialistiche casa della salute	Numero di prestazioni specialistiche / Popolazione residente * 1000	SIAS / Anagrafe	Andamento atteso primi due anni in aumento

Per quanto riguarda indicatori di valutazione a breve termine, questi saranno definiti a livello locale.



**SCHEMA D'INTESA**  
**"ATTIVAZIONE DELLA CASA DELLA SALUTE"**

TRA

La Regione Lazio, con sede in Roma, Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 in persona del Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria .....

E

L'Azienda USL....., con sede in.....Via.....  
n..... in persona del Direttore Generale .....

**Premesso che**

- con Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U0048 del 31.5.2010, si è provveduto alla approvazione del "Piano degli interventi per la riconduzione dell'offerta ospedaliera per acuti, riabilitazione post acuzie e lungodegenza medica agli standard previsti dal Patto per la Salute 2010 – 2012";
- con Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0080 del 30.9.2010 "Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale" si è provveduto, nell'Allegato B, ad individuare le Strutture ospedaliere per acuti da riconvertire o riqualificare in funzione della progressiva ottimizzazione dell'intera offerta sanitaria regionale;
- con Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U00039 del 20.3.2012 e s.m.i., si è provveduto, relativamente all'Assistenza Territoriale, alla ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
- con Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U00099 del 15.6.2012, in ordine all'assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti anche anziane (DPCA n. U0039/2012 e DPCA n. U0008/2011), sono stati approvati i documenti tecnici comparativi, relativamente alla corrispondenza tra tipologie di trattamento e nuclei assistenziali e relativi requisiti minimi autorizzativi;
- con Decreto del Commissario ad Acta n. U00429 del 24.12.2012 si è provveduto ad approvare il documento "Stima di prevalenza della popolazione eleggibile e dei posti per l'Assistenza



Domiciliare Integrata nella Regione Lazio, per persone non autosufficienti, anche anziane”, nonché ad uniformare alcune procedure tra cui il Piano di Assistenza Individuale;

- con Decreto del Commissario ad acta n. U00431 del 24.12.2012 si è provveduto ad individuare le dimensioni e sottodimensioni fondamentali che necessitano di essere indagate nell’ambito di una valutazione multidimensionale, nonché a ridefinire gli ambiti, le funzioni e le procedure di detta valutazione;
- con Decreto del Commissario ad Acta n. U00206 del 28.05.2013 e s.m.i. si è provveduto ad approvare il Nuovo atto di indirizzo per l’adozione dell’atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio, a seguito del recepimento degli ‘standard per l’individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, comma 1, Lett. B, Patto per la Salute 2010-2012’ elaborati dal Comitato L.E.A.;
- con Decreto del Commissario ad Acta n. U00428 del 4.10.2013 sono state approvate le “Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all’organizzazione delle Case della salute”, definendo le Linee Guida regionali per la realizzazione delle Case della Salute;
- con Decreto del Commissario ad Acta n. U00023 del 30.1.2014 si è proceduto ad integrare il punto n. 6, dell’Allegato 1 del Decreto del Commissario ad Acta n. U00428 del 4.10.2013, inserendo, nell’elencazione delle figure professionali che lavorano in equipe nella Casa della Salute, anche i dirigenti psicologi;
- con Decreto del Commissario ad Acta n. U00429 del 4.10.2013 sono state approvate le “Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all’organizzazione distrettuale”, definendo le Linee Guida regionali per la organizzazione distrettuale;
- con Decreto del Commissario ad Acta n. U00480 del 6.12.2013 si è proceduto alla definitiva adozione dei Programmi Operativi per 2013 – 2015;

**si concorda quanto segue:**


L’Azienda USL ..... al fine di attivare una “Casa della Salute” presso la Struttura ..... in riconversione ai sensi dei DCA n. U0048/2010 e U0080/2010, si impegna a:

- 1) presentare, entro 60 giorni dalla data della sottoscrizione della presente Intesa, il Programma attuativo, completo del cronoprogramma e dell’indicazione delle risorse necessarie, che specifichi, in coerenza con il Decreto n. U00428 del 4.10.2013 e s.m.i., le caratteristiche della Casa della Salute che intende attivare, nell’ambito della configurazione prevista:

*Funzioni di base*

*Area dell’Assistenza primaria:*

- Assistenza primaria garantita da MMG e PLS;

- 
- Attività specialistiche;
  - Ambulatorio infermieristico;
  - Attività di diagnostica strumentale di primo livello;

*Area pubblica:*

- Area dell'accoglienza;
- Sportello CUP;
- Punto Unico di Accesso;
- Area di sorveglianza temporanea;
- Area del volontariato e della mutualità;
- Emergenza-urgenza

ed eventualmente:

*Moduli funzionali aggiuntivi:*

- Area delle cure intermedie a gestione infermieristica;
- Centri territoriali per le demenze;
- Centri anti violenza;
- Assistenza farmaceutica;
- Attività Fisica Adattata;
- Punto di Primo Intervento

nonché:

*Area gestionale e funzionale:*

Tale area può comprendere, a seconda delle dimensioni della Casa della Salute, gli uffici amministrativi, la zona degli spogliatoi ed eventualmente sale riunioni dedicate ed altri spazi, tra cui sedi di associazioni di volontariato.

- 2) presentare domanda di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento per tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie previste dalla nuova configurazione della struttura adibita a "Casa della Salute", entro 60 giorni dalla sottoscrizione della presente Intesa, con le seguenti modalità:
  - a) invio alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria in triplice copia della documentazione prevista ai sensi dell'art. 8 Regolamento Regionale n.2/2007, ivi inclusi:
    - (1) elenco dei documenti presentati;
    - (2) autodichiarazione ai sensi del DPR 445/2000 del rappresentante legale, attestante che le copie dei documenti allegati sono conformi a quanto inviato;
    - (3) copia della presente Intesa sottoscritta con la Regione Lazio.

La Regione Lazio, in virtù di quanto disciplinato dall'art. 9 del Regolamento Regionale n.2/2007, effettuata la verifica della completezza e della regolarità della richiesta, trasmette tutta la documentazione ricevuta al Direttore Generale nonché al Dipartimento di Prevenzione della ASL, individuata per le attività di verifica e controllo, ai sensi del Decreto del Commissario ad acta n. U00052/2013, in coerenza con quanto già previsto dal Decreto del Commissario ad Acta U00040/2012;





Le eventuali integrazioni documentali dovranno essere richieste direttamente dal Dipartimento di Prevenzione della Azienda ASL designata all'Azienda Asl istante, dandone contestualmente notizia anche alla Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio- Sanitaria;

I termini relativi alle verifiche aziendali e regionali, all'adozione dell'atto amministrativo da parte della Regione Lazio nonché i termini e le modalità di presentazione dell'eventuale piano di adeguamento, sono disciplinati dalla Legge Regionale n. 4/2003 e dal Regolamento Regionale n.2/2007.

La Regione Lazio si impegna a:

- ✓ valutare la coerenza del Programma attuativo e del relativo cronoprogramma presentato dalla Azienda USL con la normativa vigente;
- ✓ rilasciare il titolo autorizzativo, a seguito dell'esito positivo della verifica dei relativi requisiti;
- ✓ finanziare, nel caso di interventi di natura edilizia e/o tecnologica che comportino la necessità di investimenti, l'intervento proposto, previa valutazione di congruità del progetto, del cronoprogramma e del piano finanziario dei lavori presentati dall'Azienda USL.

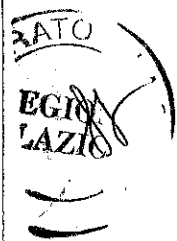
**Roma, li**

**Per la Regione Lazio:**

.....

**Per l'Azienda USL**

.....



## **REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI**

### **CASA DELLA SALUTE**

(I requisiti di carattere generale - strutturali, tecnologici e organizzativi - per tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie sono definiti dal DPCA n. 8/2011 – Cap. 0.1; 0.2; 0.3.)



## 9. Casa della salute

### 9.0 Finalità

La Casa della salute (Cds), articolazione del Distretto sanitario, eroga assistenza primaria, specialistica e, nella tipologia complessa, assistenza intermedia, in particolare al paziente cronico. Nella CdS operano medici del distretto, medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, medici della medicina dei servizi, specialisti territoriali e ospedalieri, psicologi, infermieri ed altre specifiche figure professionali.

Il modello organizzativo, di tipo modulare, prevede:

- a. una tipologia base, costituita da:
  - Area Ambulatoriale (MMG; specialistica; attività infermieristiche, sorveglianza temporanea);
  - Area della diagnostica strumentale (diagnostica per immagini, punto prelievi);
  - Area dell'accoglienza (CUP, PUA, volontariato e mutualità)
- b. una tipologia complessa costituita dalla tipologia base integrata da uno o più dei seguenti moduli aggiuntivi:
  - Area delle cure intermedie ad elevata intensità assistenziale infermieristica [v. DCA 8/2011, 4.8]
  - Assistenza ambulatoriale complessa (Chirurgia ambulatoriale, [v. DCA 8/2011, 3.8a], Day service)
  - Centri territoriali per le demenze ([Nucleo estensivo semiresidenziale per disturbi cognitivo-comportamentali gravi [v. DCA 105/2013, 4.1.2.1]])
  - Centri anti violenza
  - Assistenza farmaceutica
  - Attività fisica adattata
  - Pediatria di libera scelta (PLS)
  - Funzione ambulatoriale dedicata al trattamento del dolore cronico [v. DCA 83/2010], nell'ambito delle specifiche reti
  - Punto di primo intervento [v. DCA 8/2011, 1.1.9]

### 9.0.a Requisiti strutturali

La struttura è articolata in aree omogenee, raggruppate per funzione, riconoscibili dall'utente, in cui sono chiaramente individuati i percorsi e facilitato l'orientamento.

Il presidio dispone di locali/spazi attrezzati per i servizi tecnologici.

### 9.0.b Requisiti tecnologici

Il presidio dispone dei seguenti impianti:

- impianto illuminazione di emergenza;
- prese di forza motrice per apparecchiature portatili;

sono inoltre disponibili:

- carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione normale;
- ausiliatori maggiori e minori per la movimentazione dei pazienti non autosufficienti.

### 9.0.c Requisiti organizzativi

L'attività, rivolta a tutti gli utenti, indipendentemente dal medico di scelta del cittadino, è svolta in orario diurno dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di tutti i giorni feriali.

Nella struttura è assicurata la continuità assistenziale (Guardia medica), a garanzia di un'assistenza nelle 24 ore.

La responsabilità della gestione della struttura è affidata al Direttore di Distretto o suo delegato (Dirigente medico di distretto)



Sono altresì presenti:

- il Coordinatore dei Medici di medicina generale
- il Dirigente Infermieristico di Distretto (o figura analoga)

Nell'ambito della Casa della Salute sono costituite Equipe multiprofessionali e multidisciplinari con la finalità di coordinare i processi clinico-assistenziali.

Dell'équipe fanno parte tutte le figure professionali (sanitarie e sociali) che intervengono nel trattamento del paziente.

La dotazione delle risorse umane è in relazione alla tipologia ed ai volumi di attività erogata ed alle funzioni della struttura.

Sono previsti strumenti comunicativi condivisi (scheda clinico assistenziale, modalità di trasmissione delle informazioni) per la gestione del paziente.

È previsto un regolamento di funzionamento della struttura concordato all'interno del Comitato aziendale permanente per la medicina generale.

È disponibile una procedura per l'acquisizione del consenso informato.

Sono attivi percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali per i pazienti diabetici, cardiopatici, portatori di Broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO); tali percorsi presuppongono la presa in carico proattiva secondo il Chronic Care Model, con la partecipazione del team multidisciplinare e multiprofessionale (Medico di medicina generale, medico specialista territoriale e ospedaliero, infermiere e le altre eventuali figure professionali del caso).

Sono previste rilevazioni periodiche della soddisfazione dei pazienti.

È assicurata l'assistenza specialistica ambulatoriale per le discipline di cardiologia, ginecologia, pneumologia, diabetologia, oculistica, otorinolaringoiatria, chirurgia generale, angiologia, neurologia, malattie digestive.

Fatta salva la legislazione vigente in materia di segreto professionale, la documentazione clinica e assistenziale ed i relativi registri sono disponibili ed esibiti a richiesta agli organi formalmente incaricati della vigilanza. In caso di cessazione dell'attività della struttura, la documentazione sanitaria è depositata presso il servizio medico-legale della AUSL territorialmente competente.

È previsto un raccordo funzionale con la postazione più vicina del Punto di soccorso mobile 118, dotato di personale medico a bordo presente 24h su 24.

## **9.1 Area ambulatoriale**

### **9.1.0 Finalità**

Le prestazioni ambulatoriali sono erogate:

- dai MMG e dalle figure ricomprese nelle tipologie complesse in strutture costituite da ambulatori con servizio di segreteria, disponibilità di tecnologie diagnostiche e accesso alla rete aziendale dei servizi distrettuali (Ambulatori di assistenza primaria);
- da medici specialisti che assicurano la copertura delle discipline previste presso Ambulatori di assistenza specialistica
- da personale infermieristico, operante in collaborazione con i MMG e con medici specialisti, per la gestione delle patologie croniche e degenerative presso Ambulatori infermieristici, il punto prelievo e il domicilio del paziente.

O A /  
ZIK  
11

### **9.1.a Requisiti strutturali**

Oltre a quanto previsto al punto 3.0.1 del DCA 8/2011 sono presenti:

- un locale per il medico di continuità assistenziale;
- ambienti per i prelievi, dimensionalmente adeguati al volume dell'attività, che consentano il rispetto della privacy dell'utente;
- locali per ambulatori attrezzati, a disposizione dei MMG e degli infermieri destinati alla sorveglianza temporanea di persone con patologie che non richiedano ricovero ospedaliero.

### **9.1.b Requisiti tecnologici** (v. punti 3.0.2, 3.0.3 DCA 8/2011)

### **9.1.c Requisiti organizzativi**

A meno della figura del direttore/responsabile sanitario si fa riferimento a quanto previsto al punto 3.0.4 del DCA 8/2011.

È previsto il trattamento del dolore cronico non oncologico.

È garantita la consegna dei referti a domicilio ed è attivato un servizio di prelievo a domicilio per le persone non deambulanti

## **9.2 Area della diagnostica strumentale**

### **9.2.0 Finalità**

In tale area sono erogate prestazioni assistenziali di primo livello e relative al controllo di quadri clinici non complessi.

### **9.2.a Requisiti strutturali** (v. punto 3.2.1 del DCA 8/2011)

### **9.2.b Requisiti tecnologici** (v. punto 3.2.2 del DCA 8/2011)

### **9.2.c Requisiti organizzativi** (v. punto 3.2.3 del DCA 8/2011)

## **9.3 Area dell'accoglienza**

### **9.3.0 Finalità**

L'area dell'accoglienza assolve alle necessità di informazione del pubblico e di orientamento relativamente ai servizi presenti nella CdS. Svolge anche una funzione di filtro per quanto riguarda gli utenti che accedono direttamente. L'accesso alla struttura avviene attraverso spazi adeguati sia per gli aspetti strutturali (ingresso, area principale d'attesa) che organizzativi (sportello CUP e Punto Unico di Accesso [v. DGR 315/2011]).


In particolare, il Punto Unico di Accesso, si compone di un *front office*, dedicato all'accoglienza e all'orientamento dell'utenza e di un *back office* destinato alla valutazione/risoluzione dei bisogni complessi, in continuità operativa con l'unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVMD).

Lo sportello CUP, ubicato in spazi ben visibili dall'entrata principale o immediatamente raggiungibili dall'area di accoglienza, supporta le attività sanitarie e sociali svolte nella struttura e nella rete aziendale, attraverso funzioni di segretariato, prenotazioni, raccolta dati, archiviazione delle informazioni. Lo sportello è collegato con le strutture ospedaliere del territorio per la gestione delle richieste di prestazioni.

### **9.3.a Requisiti strutturali**

Sono previsti:

- aree di attesa in spazi commisurati al volume dell'utenza;
- locali idonei a garantire le funzioni di *front office* e di *back office* per il PUA in cui siano previsti spazi per il lavoro d'equipe, stanza/e per colloqui riservati, spazi riunioni e spazi per l'archiviazione della documentazione;

- 
- una zona amministrativa e di coordinamento in contiguità con le postazioni;
  - spazi per le attività delle associazioni di volontariato e della mutualità;
  - servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile alle persone disabili;
- È assicurata la privacy all'utente, attraverso schermature tra le postazioni o attraverso la realizzazione di box;
- I banconi sono predisposti per la fruibilità da parte dai portatori di handicap, con altezza del tavolo di lavoro differenziata ed è prevista la seduta per l'utente che richiede la prestazione.

### **9.3.b Requisiti tecnologici**

Con riferimento al PUA, è prevista la dotazione di linea telefonica e fax dedicati, collegamento Internet ed email specifica, sistema informativo dedicato, postazioni di lavoro munite di PC in numero adeguato al personale operante.

La parte del bancone riservata al personale prevede punti luce, punti telefonici, prese dati e POS per i pagamenti delle prestazioni.

Sono previsti:

- sistemi "salva coda" con distributori di numeri di accesso al servizio e schermi in posizioni immediatamente visibili, per l'ordine di chiamata;
- totem informativi e bacheche per comunicazioni all'utenza.

Nell'area di accettazione sono collocati il quadro con gli allarmi antincendio, antipanico, il controllo video, i pannelli telefonici, i controlli sulle porte di accesso.

### **9.3.c Requisiti organizzativi**

È prevista una dotazione di personale in relazione al volume delle attività svolte (assistenti sociali, amministrativi, infermieri, medici di distretto).