

IL COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Decreto n. **V00428/13**

Oggetto: 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”.

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 deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Dott. Giuseppe Antonio Spata è stato nominato Sub Commissario per l’attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell’incarico commissariale;

PRESO ATTO, altresì, che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 il Dott. Gianni Giorgi è stato nominato Sub Commissario per l’attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, unitamente al Dr. Giuseppe Antonio Spata, confermato nell’incarico;

VISTO il D.Lgs. 30.12.1992, n° 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il DPCM 29 Novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 59 del 6 febbraio 2009 “Piano Sanitario Nazionale 2006/2008. Fondo di cui all’art. 1, comma 805, della legge n. 296/2006 (legge finanziaria 2007). Approvazione progetti attuativi per l’assegnazione della prevista quota di cofinanziamento regionale pari ad euro 2.421.057,60”, che ha approvato, fra gli altri, all’interno della Linea progettuale n. 1 “Sperimentazione del modello assistenziale “Case della Salute”, il Progetto pilota per la sperimentazione del modello assistenziale “Casa della Salute” sito nella Regione Lazio – Comune di Palombara Sabina”;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 525 dell’11.11.2011 “Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 14 ottobre 2009 ‘Progetti Attuativi del Piano sanitario nazionale e linee guida per l’accesso al cofinanziamento alle regioni e province autonome di Trento e Bolzano. Anno 2009’ – Approvazione Progetti”, con cui, fra gli altri, è stato approvato il Progetto triennale “Implementazione del Presidio Nuovo Regina

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Margherita di Roma: sperimentazione del modello di Casa della Salute" della Azienda USL Roma A;

VISTA Determinazione regionale n. B07128 del 8 ottobre 2012 "DGR n. 525 dell'11.11.2011 "Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 14 ottobre 2009 Progetti Attuativi del Piano sanitario nazionale e linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e province autonome di Trento e Bolzano. Anno 2009". "Implementazione del Presidio Nuovo Regina Margherita di Roma: sperimentazione del modello di Casa della Salute" - Azienda USL Roma A";

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U0080 del 30.09.2010 "Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale", ed in particolare l'Allegato A, che individua le funzioni territoriali delle strutture ospedaliere oggetto di riconversione;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0111 del 31.12.2010 "Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009 recante "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 - 2012" - Integrazioni e modifiche.";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0113 del 31.12.2010 "Programmi Operativi 2011-2012";

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U00039 del 20.3.2012 "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";

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 313 del 28.6.2012 "Riqualficazione dell'assistenza territoriale e valorizzazione del ruolo del distretto. Approvazione del documento "Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del distretto";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00429 del 24.12.2012 "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 24.12.2012 "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";

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00076 dell'8.3.2013 "Assistenza territoriale. Rivalutazione dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane ai sensi del Decreto commissariale n. U00039/2012";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 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." e s.m.i.;

VISTA la nota regionale prot. 107942 dell'11.6.2013 con cui la Direzione regionale Salute e Integrazione socio sanitaria ha rappresentato ai Direttori Generali di Aziende USL, Aziende Ospedaliere, IRCSS e Policlinici che "[..]si è ritenuto opportuno attivare tre specifici Gruppi di Lavoro Regionali con il mandato di produrre documenti tecnici di dettaglio relativi alle seguenti aree strategiche:

- organizzazione distrettuale, con particolare riferimento all'assetto minimo previsto dall'atto di indirizzo (punto 31, DCA n. 206/2013);
- modello organizzativo Casa della Salute, al fine di integrare la riconfigurazione dell'offerta, già in atto, derivante dalla riconversione delle piccole strutture ospedaliere con lo sviluppo di modelli innovativi per l'erogazione delle cure primarie;
- indirizzi per le aree dei servizi amministrativi, tecnici e informatici[.];

VISTA la Determinazione regionale n. B02406 del 13.6.2013 "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";

CONSIDERATO che con la summenzionata Determinazione è stato istituito "[..]uno specifico Gruppo di Lavoro denominato "Casa della Salute - Modello organizzativo", con il mandato di elaborare un documento tecnico a supporto delle Aziende USL contenente indicazioni ed elementi utili per la predisposizione dell'Atto aziendale relativamente allo sviluppo di modelli innovativi per l'erogazione delle cure primarie (modello Casa della Salute), indicando anche le modalità di integrazione di queste con i servizi specialistici, quelli ospedalieri, di sanità pubblica, distrettuali e sociali, anche al fine di contribuire alla riconfigurazione dell'offerta, già in atto, derivante dalla riconversione delle piccole strutture ospedaliere, con lo sviluppo di forme avanzate di assistenza primaria[.];

PRESO ATTO che il succitato Gruppo di Lavoro ha elaborato il 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", in cui, tra l'altro, si prefigura che "[..]Al fine di garantire la realizzazione di tali strutture presso ciascun distretto, poliambulatori pubblici o altre strutture territoriali possono essere individuate come sede di Case della Salute[.];

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00336 del 2.08.2013 "Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio a

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

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. - Proroga dei termini", con cui sono stati differiti, per un periodo di 60 (sessanta) giorni, tutti i termini previsti dal Decreto del Commissario ad Acta n.U00206 del 28 maggio 2013, sia per la trasmissione delle proposte di atti aziendali da parte delle Aziende e degli Enti del SSR, sia per la successiva valutazione ed approvazione da parte dell'amministrazione regionale;

RITENUTO necessario approvare il 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", che definisce le Linee Guida regionali per la realizzazione delle Case della Salute, Allegato n. 1 e parte integrante del presente provvedimento;

CONSIDERATO che le Direzioni Generali delle Aziende USL del Lazio dovranno attenersi, nella redazione degli Atti aziendali, a quanto previsto dal summenzionato documento;

DATO ATTO che il presente provvedimento non è soggetto alla procedura di concertazione con le parti sociali;

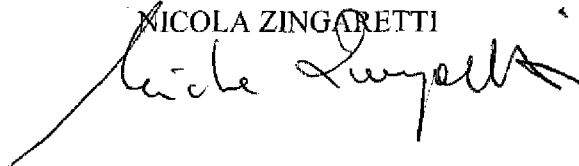
DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa, che si intendono integralmente accolte, e che formano parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento

- di approvare il 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", che definisce le Linee Guida regionali per la realizzazione delle Case della Salute, Allegato n. 1 e parte integrante del presente provvedimento;
- di stabilire che le Direzioni Generali delle Aziende USL del Lazio dovranno attenersi, nella redazione degli Atti aziendali, a quanto previsto dal summenzionato documento;
- di demandare alla competente Direzione regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria tutti gli adempimenti connessi alla realizzazione di quanto previsto nel presente provvedimento.

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

NICOLA ZINGARETTI



Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n.206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della salute



INDICE:

1. Modello delle Case della salute
2. Modello organizzativo
3. Area dell'Assistenza primaria
4. Area pubblica
5. Moduli funzionali aggiuntivi
6. Area Gestionale e funzionale
7. Elenco delle principali norme regionali di riferimento
8. Allegati

1. Modello delle Case della salute

Secondo la Legge 833 del 1978 *“l’assistenza primaria deve essere intesa come il complesso delle attività e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie 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”* e deve essere garantita dai distretti, articolazioni delle unità sanitarie locali.

Le regioni hanno adottato nel tempo diversi modelli organizzativi per garantire i servizi, le prestazioni e le attività dell’assistenza primaria: uno di questi è rappresentato dalle Case della Salute, diffuso soprattutto in Emilia Romagna, in Toscana, nelle Marche, ma che si sta estendendo in tutto il Paese, seppure con grandi diversità in termini di tipologia e quantità delle funzioni allocate, per rispondere al fabbisogno delle specifiche realtà territoriali.

Con l’introduzione del Decreto Legge 13 settembre 2012 n.158 *“Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”* convertito in Legge n.189 del 2012, che stabilisce una profonda riorganizzazione delle attività territoriali attraverso il potenziamento delle prestazioni assistenziali garantite dai medici di medicina generale e da altre figure professionali del Servizio Sanitario Nazionale, il modello della Casa della Salute è stato sostanzialmente rivisitato da tutte le Regioni.

Su di un concetto, dal confronto tra le Regioni, si è tutti in accordo e cioè che le Case della salute sono articolazioni del distretto in rapporto con le altre attività da quest’ultimo garantite (tutela salute mentale, dipendenze, consultori) e sono definite nelle linee guida ministeriali del 2007 come: *“Strutture polivalenti e funzionali in grado di erogare materialmente l’insieme delle cure primarie, di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione; sedi pubbliche dove trovano collocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie e sociali; luogo di prevenzione e promozione della salute e del benessere sociale”*.

Esse si collocano nell’ottica della riorganizzazione dell’offerta sanitaria orientata, soprattutto, alla gestione delle patologie croniche, anche in considerazione dell’incremento dell’incidenza e della prevalenza di queste ultime attraverso:

- lo sviluppo di strategie preventive e proattive (chronic care model)
- l’attivazione di modelli organizzativi reticolari in grado di connettere diversi setting assistenziali (medicina generale, medicina specialistica, servizi sanitari e socio-sanitari, assistenza intermedia, assistenza ospedaliera, residenzialità, domicilio) a garanzia della continuità delle cure, soprattutto per quei soggetti “complessi” perché portatori di polipatologie cronico-degenerative e/o non autosufficienti.

Anche la Regione Lazio si trova nelle condizioni di rivisitare quanto sino ad oggi emanato per la riorganizzazione dell’assistenza primaria, e propone un modello di organizzazione dei servizi, delle attività e delle prestazioni in linea con le innovazioni introdotte dalla recente normativa e su queste basi individua nella rete delle case della salute lo strumento principale per la promozione dell’assistenza primaria come previsto dalla legge 189 del 2012.

Il documento che si sottopone ai direttori generali per l’adozione dell’atto aziendale, come richiesto dal recente decreto commissariale n.206 del luglio 2013, intende fornire gli elementi per l’implementazione delle case della salute sul territorio, partendo in particolare dalle strutture in via di riconversione. Il documento elaborato dal gruppo di lavoro regionale a tale scopo istituito, contiene le raccomandazioni per la realizzazione delle case della salute sul territorio regionale e per il consolidamento di quelle strutture che hanno già avviato percorsi di trasformazione: si tratta, in particolare, dei presidi ospedalieri di “Nuovo Regina Margherita”(ASL RM/A), “Santissimo Salvatore” di Palombara Sabina (ASL RM/G), “San Giovanni Battista” di Zagarolo (ASL RM/G), “A.C. Cartoni” di Rocca Priora (ASL RM/H), “Spolverini” di Ariccia (ASL RM/H), “Villa Albani” di Anzio (ASL RM/H), “San Carlo” di Sezze (LT), “Luigi di Liegro” di Gaeta (LT), ex Ospedale di Minturno (LT), “Francesco Grifoni” di Amatrice (RI), Ospedale Civile di Ceccano (FR), Presidio sanitario di Ferentino (FR), “Santa Croce” di Arpino (FR), “In memoria dei Caduti” di Isola del Liri (FR).

Per le altre strutture in corso di riconversione ed, in particolare, per quelle oggetto di contenzioso, l'opportunità di realizzare Case della salute sarà soggetta a valutazione successiva.

La denominazione Casa della Salute riassume i modelli utilizzati sino ad oggi nelle normative prodotte a livello regionale (CeCaD, PTP, Ospedali distrettuali) e viene utilizzata per individuare strutture nelle quali garantire alcune funzioni dell'assistenza primaria, essendo la Casa della Salute un contenitore fisico che, a seconda del fabbisogno e della organizzazione distrettuale territoriale profondamente diversificata ad esempio tra Roma e le Province, accoglie nel suo contesto attività e prestazioni che sono spesso garantite in maniera dispersa nel contesto del Distretto. La riconduzione in un unico luogo fisico di funzioni fondamentali con la partecipazione di diverse figure professionali, rappresenta di fatto il cuore di questo modello organizzativo.

Al fine di garantire la realizzazione di tali strutture presso ciascun distretto, poliambulatori pubblici o altre strutture territoriali possono essere individuate come sede di Case della Salute. Alcune attività prestazionali possono anche essere allocate in poliambulatori o case di cura private accreditate da riconvertire, fermo restando la natura pubblica del servizio.

Il modello Case della Salute si inserisce nel contesto del Piano di rientro regionale e del Piano sanitario regionale 2010-2012, che fissava alcuni parametri di riorganizzazione della rete dell'assistenza primaria con la realizzazione di Presidi territoriali di prossimità e ospedali di comunità.

Alcuni criteri organizzativi e gestionali del Piano sanitario sono di seguito richiamati per le Case della Salute, unitamente agli aspetti legati ai costi di riconversione e funzionamento delle strutture stesse.

La Casa della Salute, attraverso modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale della struttura tra più professionisti, è deputata alla integrazione delle attività già svolte a livello distrettuale avvalendosi dell'impegno del MMG, del PLS, del Medico di Continuità assistenziale, degli specialisti, anche ospedalieri, e delle altre professioni sanitarie e sociali, in attività assistenziali svolte in spazi predestinati comuni e con impegno orario a garanzia della fruibilità dei servizi stessi.

In particolare ha il compito di:

- garantire una risposta ai bisogni sanitari afferenti all'assistenza primaria per almeno 12 ore al giorno e in particolare migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di patologie croniche e degenerative;
- facilitare, tramite il distretto, la formulazione di percorsi assistenziali condivisi tra ospedale e territorio con la diretta partecipazione dei medici ospedalieri;
- fornire attività specialistiche in collaborazione con gli specialisti del territorio e ospedalieri;
- assicurare un Punto Unico di Accesso dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda;
- ricomporre le separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie attraverso la costituzione di equipe multiprofessionali e multidisciplinari e realizzare concretamente l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, terapisti e di integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali;
- organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone;
- sviluppare programmi di prevenzione per tutto l'arco della vita, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini;
- favorire il controllo collegiale delle attività, e la valutazione di risultati interni ed esterni ai servizi;
- offrire occasioni di formazione permanente degli operatori, con particolare riguardo al lavoro di equipe, anche utilizzando i fondi contrattualmente destinati alle attività formative per le specifiche figure professionali.

Il Direttore del Distretto è responsabile della struttura e del suo complessivo funzionamento. Il Coordinatore Medico di medicina generale è responsabile dello svolgimento delle attività di assistenza primaria con particolare riferimento alla creazione e gestione di percorsi assistenziali legati alla cronicità.



2. Modello organizzativo

Il modello organizzativo è di tipo modulare e prevede:

- Funzioni di base - attività indispensabili, che connotano la struttura
- Moduli funzionali aggiuntivi - ad eventuale completamento dell'offerta di servizi

Le funzioni di base che debbono essere garantite all'interno delle Case della Salute sono riportate nei punti 3 e 4.

3. Area dell'Assistenza primaria

Assistenza primaria garantita dal MMG e PLS: i MMG ed i PLS, nell'ambito delle attività cliniche, avranno a disposizione ambulatori, il servizio di segreteria, disponibilità di tecnologie diagnostiche (telemedicina e teleconsulto, ove attivi), accesso alla rete aziendale dei servizi distrettuali. Nella struttura trova collocazione la continuità assistenziale (Guardia medica), a garanzia di un'assistenza sulle 24 ore. Le singole Aziende potranno concordare la presenza delle forme associative dei MMG come locazione di ambienti all'interno della struttura o come turnazione aggiuntiva (o completamento orario) delle UCP presenti nel territorio ed oggetto di contrattazione integrativa in attesa del nuovo accordo integrativo regionale. L'attività, rivolta a tutti gli utenti, indipendentemente dal medico di scelta del cittadino, dovrà essere svolta in orario diurno dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di tutti i giorni feriali (l'ampliamento dell'orario sarà oggetto di contrattazione).

Particolare importanza riveste l'area delle patologie croniche quale nodo di raccolta e coordinamento nella gestione proattiva delle patologie croniche a maggiore impatto sociale (ad esempio cardiovascolari, oncologiche, pneumologiche, metaboliche), attraverso condivisione e gestione, col supporto, segretariale e infermieristico, delle schede cliniche dei pazienti cronici.

Attività specialistiche: le attività specialistiche che dovranno essere garantite, saranno svolte sia da medici dipendenti sia da specialisti ambulatoriali convenzionati. Verranno attivate in un primo tempo le specialità di **Cardiologia, Ginecologia, Pneumologia, Diabetologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria e Chirurgia generale**. Gli specialisti partecipano al processo di deospedalizzazione dell'assistenza, e alla riduzione dei tempi di attesa concorrendo attivamente con il MMG al processo di presa in carico e di continuità assistenziale, operando in modo coordinato ed integrato al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza.

Successivamente all'emanazione di una normativa che regolerà l'erogazione di APA e PAC a livello territoriale, le Case della Salute, se presenti sale operatorie, potranno prevedere ambulatori chirurgici per gli interventi chirurgici meno complessi (APA - accorpamenti di prestazioni ambulatoriali) eseguiti anche dagli specialisti dell'ospedale più vicino. In modo analogo potranno essere strutturati pacchetti ambulatoriali complessi (PAC). Le Case della Salute possono avvalersi anche di altre strutture accreditate del territorio e delle farmacie per tutte le prestazioni che non siano assicurate presso la struttura. Tra le attività ambulatoriali deve essere previsto il trattamento del dolore cronico non oncologico.

La contiguità spaziale tra le attività di assistenza primaria e quelle specialistiche e la condivisione di percorsi assistenziali comuni consente l'integrazione tra cure primarie e cure specialistiche. Le cure specialistiche sono assicurate:

1. dall'attività coordinata degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni nell'ambito delle branche ed aggregazioni funzionali specialistiche previste dagli accordi;
2. dall'attività dei medici ospedalieri, sulla base delle esigenze dei pazienti che afferiscono alle strutture, anche provenienti dalla rete dei presidi ospedalieri;

Ambulatorio infermieristico: nell'ambito del PDTA, il personale infermieristico parteciperà, per la parte assistenziale, alla gestione delle patologie croniche e degenerative. Gli infermieri opereranno in collaborazione con i MMG, negli ambulatori, nelle attività specialistiche, nel punto prelievo, nei prelievi a domicilio e, se necessario, nelle cure domiciliari; potranno essere altresì individuati come Case manager di patologia.

Attività di diagnostica strumentale di primo livello: tale area rappresenta la risposta strutturale alle problematiche assistenziali di primo livello e al controllo di quadri clinici non complessi. Qualora questi assumessero una rilevanza più complessa verrebbero avviati, secondo protocolli, ai normali percorsi della emergenza-urgenza ed ospedalieri. E' previsto un punto prelievi e strumentazione di base. Uno spazio funzionale può essere destinato alle attività di prelievo con risposte a domicilio entro 24/48 ore ed è attivato un servizio di prelievo a domicilio per le persone non deambulanti. La strumentazione di base si riferisce anche alla diagnostica per immagini.

4. Area pubblica

Dimensionata secondo necessità, con ingresso, area principale d'attesa, lo sportello CUP e il Punto Unico di Accesso.

Area dell'accoglienza: considerato che la struttura è un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso attraverso l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze, dovrà costituire il punto d'incontro più prossimo tra il cittadino e il sistema organizzato del servizio sanitario e dei servizi socio-sanitari. Il punto nodale di tale area è rappresentato dal Punto Unico di Accesso, che si compone di un *front office*, dedicato all'accoglienza e all'orientamento dell'utenza e di un *back office* destinato, grazie ad una continuità operativa con l'unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVMD), alla valutazione/risoluzione dei bisogni complessi.

Sportello CUP: finalizzato a supportare le attività sanitarie e sociali svolte nella struttura e nella rete aziendale. Le attività consistono in funzioni di segretariato, prenotazioni, raccolta di dati, archiviazione delle informazioni. Lo Sportello è collegato con le strutture ospedaliere vicine e con altre strutture anche accreditate per la gestione delle richieste di prestazioni.

Punto Unico di Accesso : finalizzato a garantire l'accesso integrato ai servizi socio-sanitari, fornendo informazioni, guidando il cittadino all'interno del sistema, individuando soluzioni concrete all'attuale frammentazione delle risposte a bisogni assistenziali complessi, come disciplinato dalla D.G.R. N.315 del 08/07/2011.

Area di sorveglianza temporanea: Tale area consente di mettere a disposizione dei medici di famiglia alcuni ambulatori attrezzati all'uopo, destinati alla sorveglianza breve di persone con patologie che non richiedano ricovero ospedaliero, ma necessitino di prestazioni non erogabili a domicilio (ad esempio esami diagnostici per pazienti in cure domiciliari, acuzie cliniche non complesse di breve durata).

Area del volontariato e della mutualità: le associazioni di volontariato svolgono una importante funzione in molte attività di tipo sociosanitario e devono essere coinvolte nell'organizzazione assegnando loro spazi adeguati allo svolgimento delle loro funzioni. Potranno svolgere attività di informazione ai cittadini le organizzazioni di tipo mutualistico che operano nella sanità e nel sociale.

Emergenza-urgenza e Punto di Primo Intervento (PPI)

Presso la Casa della Salute è prevista la presenza ovvero uno stretto raccordo funzionale con la postazione più vicina del punto di soccorso mobile 118, dotato di personale medico a bordo presente 24 ore su 24. 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.

5. Moduli funzionali aggiuntivi

Area delle cure intermedie a gestione infermieristica (Unità Degenza Infermieristica UDI - ai sensi del PSR 2010-2012)

Può essere prevista all'interno della struttura un'area di cure intermedie con posti letto territoriali (extra ospedalieri), che non rientrano nel novero regionale dei posti letto per acuti, nei quali accogliere:

- Pazienti, senza limiti di età, caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea, nella fase della malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa come nell'ospedale per acuti.
- Pazienti con patologie tali da non potere essere seguiti adeguatamente in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) o nel caso in cui non possa essere organizzata.
- Pazienti dimissibili dall'ospedale per acuti ma non adeguatamente assistibili a domicilio per la complessità clinico-assistenziale richiesta o per ragioni di tipo sociale nei casi in cui la famiglia o una struttura sociale non riescono comunque a supportare il paziente nella malattia.
- Pazienti che per la particolare situazione socio-sanitaria necessitano di un percorso diagnostico, terapeutico e di monitoraggio difficilmente gestibile a domicilio.

La permanenza non deve superare i 20 giorni. Se il quadro clinico si risolve prima dei termini massimi stabiliti, il Medico curante dispone le dimissioni del paziente; negli altri casi il paziente viene indirizzato nelle strutture più idonee al caso specifico: ospedale per acuti, strutture sanitarie per lungo degenza, residenze sanitarie assistenziali, hospice. Le Modalità di accesso sono su proposta del medico della Casa della Salute che definisce l'accettazione con il responsabile medico dell'ospedale di riferimento o del CAD, concordando con il referente infermieristico l'iter assistenziale in base alla tipologia dei pazienti. L'assistenza nelle 24 ore è erogata da personale infermieristico specializzato che, insieme ai medici, predisponde i piani assistenziali individuali. In fase di avvio i requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici sono quelli previsti dal p.to 4.8 del DCA N.8 del 2011.

Centri territoriali per le demenze, secondo le nuove indicazioni regionali.

Centri antiviolenza, da collocare preferibilmente nelle aree caratterizzate da maggiore rischio di aggressione e stalking.

Assistenza farmaceutica: la previsione presso la Casa della salute di un'articolazione funzionale di farmacia territoriale rappresenta un'opportunità volta a garantire l'assistenza farmaceutica mediante la distribuzione diretta di farmaci e dispositivi medici per l'utilizzo interno e per il territorio, nonché mediante l'espletamento di altri compiti specificamente attribuiti. Il modello organizzativo e la declaratoria dei compiti istituzionali da attribuire a detta articolazione funzionale saranno oggetto di attenta valutazione a livello regionale, anche al fine di integrare le funzioni di cui trattasi con le funzioni della farmacia ospedaliera, comunque garantite dalla farmacia aziendale.

Attività Fisica Adattata: attivazione di programmi di attività motoria per la popolazione "fragile" da attuarsi in gruppo ed erogati in forma ciclica, rivolti a soggetti con ridotta capacità motoria legata all'età o in condizioni cliniche stabilizzate negli esiti, finalizzati al mantenimento delle autonomie e al miglioramento della qualità della vita.

Per ulteriori funzioni non riportate nella precedente descrizione, si fa riferimento a quanto previsto dal P.S.R. 2010-2012, nella parte III.3d



6. 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.

Aspetti strutturali generali

La sede è unica, potranno essere utilizzate le strutture sanitarie fin da oggi disponibili per riconversione di strutture ospedaliere e poliambulatori, gli edifici messi a disposizione dai comuni, le sedi specificamente progettate ed edificate.

Nelle strutture lavorano in équipe:

- *medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS);*
- *medici di continuità assistenziale.*
- *medici della medicina dei servizi;*
- *dirigenti medici - organizzazione dei servizi sanitari territoriali;*
- *specialisti di aziende sanitarie (convenzionati interni o dipendenti ospedalieri), in relazione a percorsi concordati, delle aree individuate;*
- *assistenti sociali (in relazione funzionale con gli enti gestori dei servizi socio-assistenziali);*
- *infermieri, tecnici sanitari, operatori socio sanitari;*
- *personale amministrativo;*
- *personale tecnico non sanitario (autisti, centralinisti, portieri...)*

Indicazioni relative alle dotazioni strutturali, tecnologiche (informatiche) ed impiantistiche delle case della salute

Le Indicazioni relative alle dotazioni strutturali devono essere in linea con la normativa in vigore (DCA n.8 del 10/02/2011). La strumentazione di base raccomandata per una presa in carico effettiva dei pazienti è riportata nell'all.1. La dotazione delle risorse umane è in relazione alla tipologia ed ai volumi di attività erogata ed alle funzioni prescelte all'interno della casa della salute. Per le tecnologie informatiche si rimanda all'allegato 2 ed alla relativa nota.

I raccordi funzionali delle case della salute

In base agli obiettivi ed alle funzioni proprie della Casa della Salute è necessario prevedere percorsi integrati che mettano in rete la struttura con:

1. le Aziende e/o i Presidi Ospedalieri
 2. i medici di medicina generale non operanti nelle case della salute ma comunque associati
 3. i Servizi di Assistenza Domiciliare, ove non presenti
 4. i Servizi Aziendali (farmaceutico, assistenza protesica, medicina legale, SERT, consultori ecc.)
 5. le Strutture Residenziali (RSA, Hospice)
 6. l'Ente Locale
- **Rapporti con gli ospedali di riferimento ed i servizi aziendali:** uno degli aspetti fondamentali è rappresentato dalla istituzione di gruppi intersettoriali multidisciplinari per la condivisione di percorsi clinico assistenziali tra l'ospedale ed il territorio con riferimento alle patologie croniche. I gruppi di lavoro sono istituiti con delibera del direttore generale e sono orientati in una prima fase alla definizione dei percorsi per la BPCO, diabete, scompenso cardiaco e ipertensione. Di particolare interesse può essere la destinazione di quote delle agende per i pazienti provenienti dalla Casa della Salute per la gestione dei casi più complessi. Gli incontri (audit tra i medici di medicina generale e i medici ospedalieri) dovranno essere regolarmente tenuti e registrati (verbali). In questa fase potrà essere organizzato un supporto informatico per la condivisione dei dati e delle informazioni.
 - **Rapporti con i nuclei dei medici di medicina generale non aderenti alle iniziative delle case della salute ma comunque associati, anche attraverso la condivisione dei database clinici dei pazienti.**
 - **Rapporti con Case di cura private, laboratori analisi, Case di riposo, RSA, hospice:** sono previsti protocolli operativi per garantire l'effettuazione di prestazioni non garantite dalla struttura.



- **Rapporti con Dipartimento Salute Mentale e Dipartimento Previdenza**
- **Rapporti con i Comuni di afferenza al distretto per protocolli operativi per la gestione del PUA**
- **Rapporti con il volontariato e le associazioni dei cittadini**

Percorso di avvio/consolidamento delle Case della salute così come individuate nella lista di strutture da riconvertire

Ci si riferisce in questo caso alle 14 strutture sopra individuate.

il percorso prevede in una prima fase la **ricognizione dei servizi, attività e prestazioni erogate dalle strutture di competenza tra le 14 individuate, con riferimento a:**

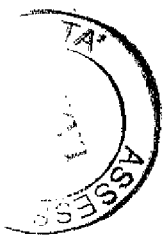
- Servizi erogati dalla struttura distinti per tipologia (numero ore di funzionamento)
- Presenza eventuale di sale operatorie e loro stato di funzionamento
- Elenco delle attrezzature disponibili e loro stato di funzionamento (data acquisto e manutenzione)
- Elenco del personale operante nella struttura distinto per qualifica e servizio
- Analisi dei costi

Una apposita griglia sarà inviata alle Aziende per la debita compilazione e l'avvio del monitoraggio.

3/4

7. Elenco delle principali norme regionali di riferimento

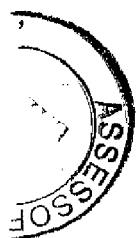
- DPCA 111/2010 "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010/2012".
- DGR 315/2011 "Il Punto Unico di Accesso sociosanitario integrato nella Regione Lazio – Linee d'Indirizzo".
- DGR 313/2012 "Riqualificazione dell'Assistenza Territoriale e valorizzazione del ruolo del Distretto. Approvazione del documento "Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del Distretto".
- DPCA 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 52/2013 "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".
- DCA 206/2013 "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.".
- DCA 314/2013 "Adozione della Proposta di Programmi Operativi 2013- 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio".



8. Allegati

Allegato A "Raccomandazioni apparecchiature per specialistica"

Allegato B "Raccomandazioni tecnologie software"



Allegato A "Raccomandazioni apparecchiature per specialistica"

In aggiunta ai requisiti previsti nel DCA N.5 del 10/02/2011, sono raccomandate le seguenti tecnologie biomedicali:

DESCRIZIONE	SERVIZIO
Elettrocardiografo	Cardiologia
Holter ECG/NIBP	Cardiologia
Ecocardiografo	Cardiologia
Letto da visita	Cardiologia
Postazione pc	Cardiologia
Postazione pc	Chirurgia
Defibrillatore	Comune
Emogasanalizzatore	Comune
Monitor multiparametrico	Comune
Impedenziometro	Diabetologia
Apparecchio per misura emoglobina glicosilata	Diabetologia
Postazione pc	Diabetologia
Sistema per radiologia	Diagnostica
Ecografo	Diagnostica
Ecografo	Ginecologia
Letto da visita	Ginecologia
Monitor fetale	Ginecologia
Poltrona paziente	Ginecologia
Postazione pc	Ginecologia
Riunito oftalmico	Oculistica
Lampada a fessura	Oculistica
Oftalmometro	Oculistica
Ottotipo	Oculistica
Frontofacometro	Oculistica
Tonometro	Oculistica
Autorefrattometro	Oculistica
Lenti	Oculistica
Postazione pc	Oculistica
Postazione pc	ORL - audiometria
Rino-laringo-faringoscopia	Otorinolaringoiatria
Otoscopio	Otorinolaringoiatria
Audiometro	Otorinolaringoiatria
Spirometro	Pneumologia
Saturmetro	Pneumologia
Broncoscopio	Pneumologia
Pletismografo	Pneumologia
Postazione pc	Pneumologia
Arredi	Tutte le specialità



Allegato B "Raccomandazioni tecnologie software"

In aggiunta ai requisiti previsti nel DCA N.8 del 10/02/2011, sono indicati applicativi software per la gestione delle seguenti funzioni:

DESCRIZIONE
Gestionale per medicina generale
Visite domiciliari
Indicatori di attività (appropriatezza clinica) rispetto a benchmark e/o gold standard
Sistema di identificazione univoca paziente, anagrafica (Master Patient Index)
Fascicolo sanitario paziente e repository documentale
Prenotazione e gestione accessi
Unità di valutazione multidisciplinare
Gestione PUA
Controllo e pianificazione attività ADI
Controllo e pianificazione attività ambulatorio infermieristico
Consulenza a distanza tra professionisti
Cartella specialistica, refertazione e documentazione ambulatoriale
Gestione urgenze (triage telefonico + trattamento + certificati)
Sistema per pianificazione e controllo cure palliative
Approvvigionamento e logistica (magazzino, gestione e distribuzione) farmaci
Pianificazione percorso paziente cronico (case managing)
Rendicontazione e fatturazione

In una prima fase i Direttori Generali potranno, d'intesa con la Regione, individuare le Case della Salute nelle quali avviare alcune iniziative, tra quelle indicate, con particolare riferimento alla gestione ambulatoriale dei pazienti con patologie croniche, nonché la gestione del Punto Unico di Accesso, in collaborazione con Lait SpA e tenendo conto delle tecnologie informatiche che potranno essere messe a disposizione dalla Regione.

