

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

Decreto n. 000429/13

**Oggetto:** Approvazione del documento “Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione distrettuale”.

**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”;

**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 “Riqualificazione dell'assistenza territoriale e valorizzazione del ruolo del distretto. Approvazione del documento “Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del distretto”;

**CONSIDERATO** che gli interventi prioritari individuati con la succitata Deliberazione rappresentano gli elementi principali su cui fondare la riqualificazione dell'assistenza territoriale e valorizzazione del ruolo del Distretto, pur consentendo margini di declinazione secondo le peculiarità e le necessità locali;

**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";

**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. B02405 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: "Organizzazione distrettuale";



Segue decreto n. 000429/13

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

**CONSIDERATO** che con la summenzionata Determinazione è stato istituito “[...]uno specifico Gruppo di Lavoro denominato “Organizzazione distrettuale”, 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 al summenzionato punto 31 “L’organizzazione distrettuale minima” del DCA 206/2013, anche con riferimento alla più recente normativa regionale inerente la riorganizzazione delle attività territoriali (D.C.A. 39/2012, 429/2012, 431/2012) e alla strutturazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali intra ed extraospedalieri [...]”;

**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 distrettuale”, con il quale vengono fornite indicazioni relativamente all’organizzazione distrettuale (con particolare riferimento al punto 31 del DCA 206/2013 - Organizzazione distrettuale minima), anche in relazione alla strutturazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali e alla più recente normativa regionale inerente la riorganizzazione delle attività territoriali a sostegno del ruolo strategico assegnato al Distretto relativamente alle funzioni di committenza, produzione di servizi, integrazione;

**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 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 distrettuale”, che definisce le Linee Guida regionali per la organizzazione distrettuale, 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 distrettuale”, che definisce le Linee Guida

Segue decreto n. 000429/13

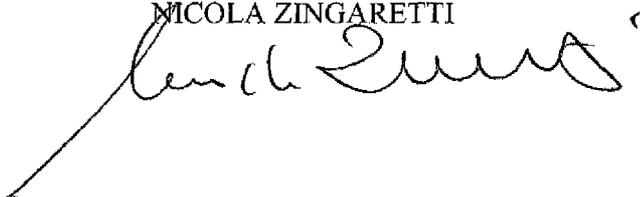
IL COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

regionali per la organizzazione distrettuale, 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.

MICOLA ZINGARETTI





**Raccomandazioni per la stesura degli Atti Aziendali di cui al DCA  
n.206/2013, relativamente all'organizzazione distrettuale**

INDICE

1. Razionale e obiettivi
2. Definizione e ruolo del Distretto
3. Funzioni di integrazione del Distretto
4. Strumenti e modalità di intervento: Medicina di iniziativa, Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali, Rete sociosanitaria distrettuale

Allegati

1. Glossario
2. Elenco normativa di riferimento

## 1. RAZIONALE E OBIETTIVI

Considerata la necessità di fornire ulteriori indicazioni rispetto a quanto previsto dal 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."* e quindi favorire l'omogeneizzazione del percorso di redazione degli Atti aziendali da parte delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio, con Determinazione B02405 del 13/06/2013, è stato costituito un Gruppo di Lavoro con l'obiettivo di redigere un documento tecnico a supporto delle Aziende USL. Il presente documento contiene le raccomandazioni per la stesura degli Atti Aziendali relativamente all'organizzazione distrettuale (con particolare riferimento al punto 31 del DCA 206/2013 - Organizzazione distrettuale minima), anche in relazione alla strutturazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali e alla più recente normativa regionale inerente la riorganizzazione delle attività territoriali:

DCA 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"*

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".*



## 2. DEFINIZIONE E RUOLO DEL DISTRETTO

La DGR 313/2012 ha sottolineato il ruolo strategico del Distretto individuando 11 obiettivi prioritari per il rilancio dell'assistenza territoriale. Il DCA 206/2013 ha individuato l'organizzazione minima distrettuale, indicando il Distretto quale struttura operativa dell'Azienda USL a cui vengono assegnate responsabilità relativamente alla programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, al funzionamento di tutti i servizi sul territorio direttamente gestiti, nonché alle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi. Tali funzioni sono da attribuirsi alla UOC Direzione del Distretto.

Il Distretto quindi, inteso come articolazione territoriale dell'Azienda USL ad elevata complessità, assicura alla popolazione di riferimento nell'area di competenza tutti i servizi territoriali di tipo sanitario e sociosanitario, direttamente e attraverso l'azione coordinata e sinergica con le altre articolazioni aziendali. Il modello organizzativo previsto è di tipo divisionale e prevede il Distretto come struttura operativa aziendale in cui il Direttore del distretto assicura le attività "core", attraverso la produzione diretta di servizi sanitari e sociosanitari da parte delle Unità Operative direttamente afferenti, e garantisce tutte le altre attività definite per committenza ed assicurate indirettamente, attraverso produttori esterni al Distretto, aziendali e non.

Dal punto di vista organizzativo ad ogni Distretto sono assegnate risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento ed è attribuita, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria per l'espletamento delle funzioni di cui all'art.3 del D.L.vo n.502/1992 e s. m. i..

Le funzioni assicurate in ambito distrettuale sono:

- **COMMITTENZA**

Il governo dei servizi sanitari e sociosanitari da parte dei Distretti non può prescindere da una lettura "in linea" e "continua" dei bisogni e della domanda espressa dalle comunità locali, propedeutica alla programmazione dell'offerta di prestazioni. La difficoltà nell'interpretazione della realtà territoriale, nel contempo, è notevolmente aumentata in considerazione di bisogni emergenti e delle grandi dimensioni assunte dalle aziende sanitarie locali. E' quindi indispensabile disporre di uno strumento che sappia evidenziare differenze locali all'interno di macrorealtà molto spesso solo apparentemente omogenee. Per una corretta programmazione dell'attività di committenza è necessaria l'adozione di un sistema di Indicatori per la definizione dei bisogni/offerta/performance a livello Aziendale; tali indicatori trovano completa collocazione in una lettura complessiva dei bisogni di salute denominata Profilo di Comunità,

nella quale anche la comunità locale è coinvolta sin dalla fase di progettazione e realizzazione.

La Direzione di Distretto assicura inoltre, relativamente al territorio di competenza e attraverso un'integrazione di tipo funzionale, l'erogazione di attività proprie di altre articolazioni aziendali (Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Salute Mentale, Presidi Ospedalieri ecc.) in termini di analisi dei bisogni, progettazione integrata degli interventi, monitoraggio e valutazione.

#### **Raccomandazioni per le AUSL**

Nell'Atto Aziendale deve essere definito il set di indicatori territoriali utilizzati per la:

- A) Valutazione della domanda e dello stato di salute della popolazione
- B) Progettazione integrata tra Distretto e Dipartimenti aziendali anche con obiettivi di budget condivisi (ad es. screening di popolazione)
- C) Monitoraggio e valutazione dell'offerta sanitaria e della performance dei Distretti e, ove possibile, anche in termini di esiti di salute
- D) Monitoraggio e valutazione dell'omogeneità territoriale dell'offerta sanitaria in termini di quantità e qualità della stessa

- **PRODUZIONE:**

Il Distretto deve garantire, in base al DCA 206/2013, le seguenti attività:

- ✓ salute della donna e dell'età evolutiva
- ✓ tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva
- ✓ medicina generale e pediatria di libera scelta, specialistica territoriale e continuità assistenziale
- ✓ assistenza protesica
- ✓ riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto
- ✓ assistenza domiciliare e residenzialità
- ✓ medicina legale
- ✓ tossicodipendenza
- ✓ farmaceutica

La funzione di produzione potrà quindi essere:

- a. **diretta** - prestazioni e servizi sanitari e sociosanitari prodotti e gestiti dalle Direzioni di Distretto attraverso le articolazioni operative ad essa direttamente afferenti;
- b. **indiretta** - prestazioni e servizi erogati attraverso altri produttori esterni all'Azienda, secondo la logica fornitore – acquirente, sotto la diretta responsabilità della Direzione di Distretto.



#### **Raccomandazioni per le AUSL**

Nell'Atto Aziendale deve essere definito un modello organizzativo che permetta lo sviluppo delle seguenti linee progettuali:

- A) Riorganizzazione dell'assistenza primaria basata su modelli di medicina di iniziativa orientati verso il paziente cronico, attraverso l'adozione del Chronic Care Model
- B) Costruzione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per la presa in carico di pazienti "complessi" (ad es. Diabete, Scempenso cardiaco, Broncopneumopatia cronico ostruttiva)
- C) Sviluppo e attuazione dei nuovi modelli associativi della medicina generale ad alta integrazione con la specialistica ambulatoriale, la diagnostica di laboratorio e strumentale, l'infermieristica
- D) Sviluppo di forme di assistenza residenziali intermedie
- E) Sviluppo di modelli di Assistenza Infermieristica (Ambulatori Infermieristici, Unità Operativa di Degenza Infermieristica - UODI)
- F) Esplicitazione delle modalità di governo e degli strumenti di sviluppo dell'Assistenza Domiciliare e Residenziale

- **INTEGRAZIONE**

L'integrazione si sviluppa in tre direzioni:

- ✓ Integrazione interna al territorio distrettuale delle varie attività sanitarie erogate direttamente o acquisite dai produttori e dai Dipartimenti aziendali. Per questa finalità il Direttore di Distretto - riferendosi all'ambito territoriale proprio - garantisce l'integrazione dell'offerta nel territorio distrettuale sotto il profilo dell'omogeneità, dell'equità, della appropriatezza e della trasparenza, in riferimento ai bisogni espressi dai Cittadini di quel contesto territoriale;
- ✓ Integrazione tra i distretti dell'Azienda delle varie attività sanitarie erogate. Sotto tale profilo i Direttori dei Distretti - riferendosi all'ambito territoriale dell'Azienda - garantiscono l'integrazione dell'offerta in "senso orizzontale" (tra diversi territori, tenuto conto delle specificità di ciascuno di essi) relativamente all'omogeneità, all'equità, all'appropriatezza e alla trasparenza;
- ✓ Integrazione del complesso delle attività sanitarie con quelle socio-assistenziali di competenza degli Enti Locali. In tale contesto, il Direttore di Distretto contribuisce alla definizione delle più ampie politiche di welfare, attraverso il Piano di zona e gli Accordi di Programma, finalizzata alla presa in carico integrata (vedi punto relativo all'integrazione sociosanitaria).

- **MODALITA' DI INTEGRAZIONE TRA DISTRETTO E ALTRE STRUTTURE OPERATIVE**

L'integrazione operativa tra Dipartimenti aziendali e Distretto costituisce obiettivo dell'AUSL. In questo contesto il Distretto interpreta un ruolo fondamentale, rappresentando la struttura nella quale si compiono le politiche sanitarie e sociosanitarie per la salute di un determinato territorio.

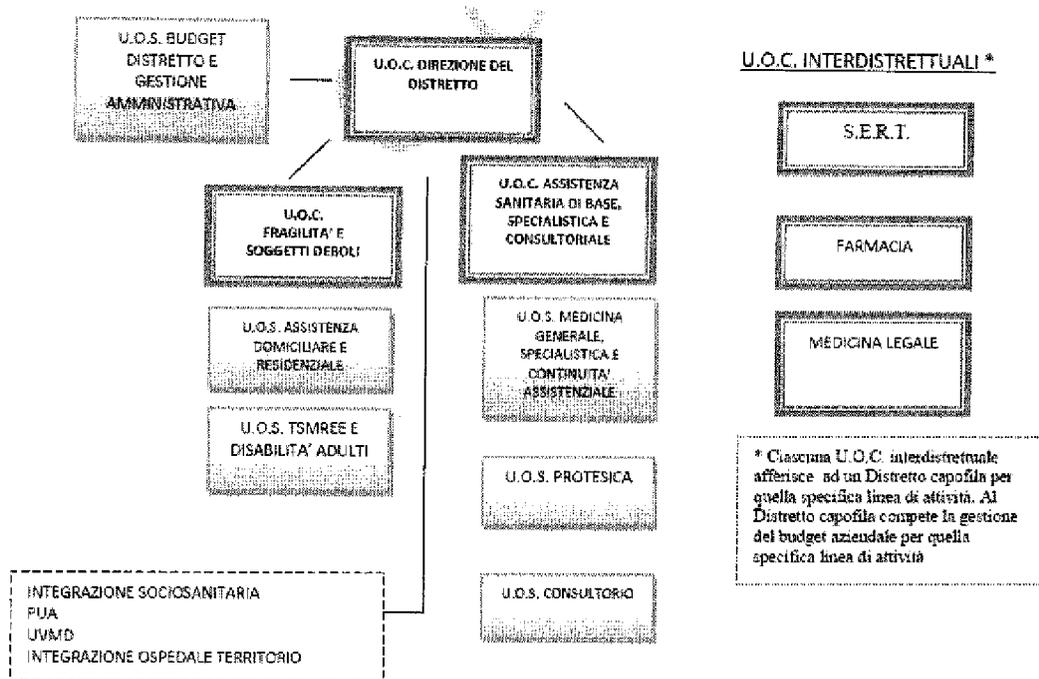
Per quanto attiene al rapporto tra Distretto e Presidi Ospedalieri di AUSL, dovranno essere definiti specifici Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali integrati, anche prevedendo la condivisione di risorse e tecnologie.

L'Ufficio di Coordinamento Distrettuale ha il compito di contestualizzare l'integrazione nel territorio di competenza, identificando i settori di intervento, le modalità di coordinamento tra servizi e i relativi percorsi operativi.

### 3. FUNZIONI DI INTEGRAZIONE DEL DISTRETTO

In questo paragrafo vengono descritte le funzioni di integrazione del Distretto con particolare riferimento agli ambiti sociosanitario, dell'accesso e orientamento ai servizi, valutativo e del rapporto tra servizi territoriali e quelli ospedalieri.

Lo schema sotto riportato, tratto dal DCA 206/2013 (parte IV punto 31), riporta l'organizzazione distrettuale minima e inderogabile prevista per ciascun Distretto. All'interno dell'area tratteggiata sono indicate quattro funzioni strategiche direttamente assegnate alla direzione distrettuale: integrazione sociosanitaria, Punto Unico di Accesso (PUA), Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), Integrazione ospedale-territorio.



Ai fini della predisposizione dell'Atto Aziendale, si ritiene utile richiamare alcuni elementi rilevanti relativi alle singole funzioni.

#### **Punto Unico di Accesso (PUA)**

Il Punto Unico di Accesso svolge un ruolo fondamentale nell'ambito della governance distrettuale, attraverso le funzioni di:

- accesso, in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento;
- avvio della presa in carico, mediante una prevalutazione integrata sociosanitaria funzionale alla identificazione dei percorsi sanitari, sociosanitari o sociali appropriati;
- integrazione con l'intera rete dei servizi territoriali sociali e sanitari per l'accesso unitario ai diversi percorsi assistenziali;



- monitoraggio e valutazione degli interventi avviati.

Il PUA, pur garantendo la massima accessibilità per tutte le persone che, a qualsiasi titolo, vi si rivolgano, deve sviluppare una particolare attenzione verso quelle fasce di popolazione che presentano condizioni sanitarie e/o sociali che possano determinare uno stato di fragilità e/o complessità assistenziale, facilitandone l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, non comprese nell'emergenza.

Il PUA, inoltre, costituisce lo snodo fondamentale relativamente al progettato Sistema Informativo dell'Assistenza territoriale, in fase di messa in opera.

La DGR 315/2011 ha approvato le linee di indirizzo per il Punto Unico di Accesso Integrato sociosanitario, cui si rimanda per il dettaglio relativo agli aspetti funzionali e organizzativi.

#### **Raccomandazioni per le AUSL**

Nell'Atto Aziendale devono essere:

- A) riportati i PUA attivi, il relativo stato di avanzamento e le azioni organizzative che si intendono porre in atto per la loro messa a regime secondo gli indirizzi della DGR 315/2011.
- B) esplicitate la presenza o meno dello specifico Regolamento condiviso tra Ente Locale e AUSL e formalizzato secondo le modalità previste dall'Accordo di programma / Protocollo di Intesa.
- C) indicate le azioni organizzative che l'azienda intende compiere per dotare di PUA attivi i distretti che ne sono ancora sprovvisti.
- D) indicate le azioni per favorire l'accesso ai servizi da parte della popolazione fragile e/o in condizioni di marginalità.

#### **Integrazione sociosanitaria**

L'articolo 3 septies del D.Lgs. 502/92, come modificato dal D.Lgs. 229/99, definisce l'assistenza sociosanitaria come "tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

Lo stesso dispositivo normativo indica le aree alle quali si applica la definizione sopra riportata:

- materno-infantile,
- handicap,
- anziani non autosufficienti,
- patologie cronico-degenerative,
- patologie psichiatriche,
- dipendenze da droga, alcool e farmaci,
- patologie per infezioni da HIV,
- patologie in fase terminale.

L'AgeNaS ha recentemente puntualizzato, nel documento "Inquadramento normativo e organizzativo dell'assistenza sociosanitaria: analisi dei provvedimenti normativi e adempimenti"<sup>1</sup>, gli elementi principali dell'integrazione sociosanitaria, che di seguito si sintetizzano.

Il processo di integrazione sociosanitaria prevede, relativamente all'erogazione di percorsi di cura e assistenziali, le seguenti fasi:

- Valutazione multidimensionale
- Approccio multi professionale e pluridisciplinare (team di cura e assistenza)
- Piano di assistenza individuale
- Percorso assistenziale sanitario, sociosanitario e sociale unitario

Secondo il DPCM del 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie", le prestazioni erogabili sono distinguibili in:

- prestazioni sanitarie a rilievo sociale: mediche, psicologiche, infermieristiche e riabilitative (di competenza AUSL)
- prestazioni sociali a rilievo sanitario: economiche, sostegno alla domiciliarità, residenzialità (di competenza dell'Ente Locale)
- prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sociosanitaria.

I livelli di integrazione sociosanitaria sono realizzabili in tre ambiti principali:

1. Istituzionale: fra istituzioni diverse (aziende sanitarie, amministrazioni comunali, ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute;
2. Gestionale: a livello di strutture operative del distretto sanitario e sociale, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni;
3. Professionale: fra operatori attraverso l'approccio multiprofessionale .

<sup>1</sup>[http://www.agenas.it/agenas\\_pdf/7\\_Definizione\\_di\\_integrazione\\_sociosanitaria\\_e\\_norme\\_nazionali.%20doc.pdf](http://www.agenas.it/agenas_pdf/7_Definizione_di_integrazione_sociosanitaria_e_norme_nazionali.%20doc.pdf)

#### **Raccomandazioni per le AUSL**

Nell'Atto Aziendale devono essere riportate:

- A) le configurazioni organizzative e i meccanismi di coordinamento atti a realizzare concretamente l'integrazione sociosanitaria.
- B) modalità per la programmazione distrettuale integrata con i Comuni /Municipi per la pianificazione locale (Piano delle Attività Territoriali - PAT; Piano di Zona - PdZ, Accordi di Programma/Protocolli di Intesa), al fine di provvedere all'erogazione delle prestazioni sociosanitarie.

### **Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)**

La valutazione multidimensionale esplora le condizioni e le necessità sanitarie, sociali, relazionali e ambientali della persona e individua interventi personalizzati e appropriati da erogarsi da parte della rete dei servizi territoriali.

I casi presi in considerazione sono quelli complessi e la valutazione, condotta da più professionisti, esita nel Piano di Assistenza Individuale (PAI), da rivalutare a distanza di tempo in relazione all'evoluzione del bisogno. A seguito della valutazione, nel PAI viene individuato un "case manager" tra gli operatori del Distretto sanitario e/o sociale, a cui viene affidato il coordinamento delle attività previste dallo stesso PAI. L'UVMD è indispensabile per l'accesso alla rete dei Servizi territoriali domiciliari e residenziali per persone non autosufficienti, anche anziane e ai servizi territoriali per persone con disabilità (DCA 39/2012). Il DCA 431/2012 contiene indicazioni e indirizzi per l'organizzazione e le funzioni delle Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuali.

Considerata la rilevanza delle attività valutative nel governo della domanda a livello distrettuale, le AUSL sono chiamate ad investire in questa attività, anche per rispondere alle nuove competenze valutative assegnate a questa funzione dal DCA 39/2012 e garantire tempi e qualità di valutazione adeguati.

#### **Raccomandazioni per le AUSL**

Nell'Atto Aziendale deve essere:

- A) riportata l'organizzazione a livello distrettuale delle UVMD e le azioni organizzative che si intendono compiere per sostenere e sviluppare tale attività.
- B) indicati gli strumenti valutativi in uso e le modalità di relazione tra l'UVMD e la rete dei servizi, compresi quelli ospedalieri (dimissioni protette), nonché con il PUA.

### **Integrazione ospedale territorio**

La riorganizzazione della rete ospedaliera e l'evoluzione demografico-epidemiologica della popolazione residente nella Regione Lazio impone al territorio assunzioni di responsabilità nella gestione della patologia cronico degenerativa. In tale chiave è necessario, ai fini di garantire sia la presa in carico che la continuità assistenziale di pazienti a maggiore complessità, l'organizzazione di un approccio pianificato tra ospedale e territorio attraverso la collaborazione continuativa dei diversi livelli dei servizi sanitari e delle altre aree assistenziali. Tale approccio deve prevedere la definizione da parte dell'AUSL delle modalità della presa in carico dei pazienti in base ai loro specifici bisogni attraverso l'integrazione dei servizi territoriali e ospedalieri, individuando una funzione di coordinamento in capo alla direzione di Distretto con il compito di definire altresì le azioni e gli obiettivi di monitoraggio e miglioramento. Si devono prevedere percorsi assistenziali diversificati (domiciliari, residenziali, riabilitativi) in base alle specifiche necessità, per le

principali patologie croniche ad alto assorbimento di risorse (ad esempio scompenso cardiaco, diabete, BPCO, ecc.). Sono inoltre da prevedere modalità di erogazione ed accesso facilitato, se previsto nel percorso, per l'assegnazione di farmaci e presidi, eventuali ausili e protesi, visite di controllo ed esami, ecc.

**Raccomandazioni per le AUSL**

Nell'Atto Aziendale deve essere:

- A) definito un modello organizzativo specifico per l'integrazione ospedale territorio che preveda l'assegnazione di obiettivi, azioni, risorse, ruoli e responsabilità.
- B) previsto ed esplicitato il sistema di monitoraggio dei processi di continuità assistenziale e di integrazione dei servizi.
- C) evidenziate le azioni e le modalità organizzative atte a utilizzare efficacemente strumenti, procedure e tecnologie per la comunicazione tra ospedale e territorio, per il monitoraggio della dimissione e della continuità assistenziale (ad es. centrale di continuità e altre modalità organizzative).





#### **4. STRUMENTI E MODALITA' DI INTERVENTO: MEDICINA DI INIZIATIVA, Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, Rete Sociosanitaria Distrettuale**

Il Distretto, inteso nella più ampia accezione di distretto sanitario e distretto sociale funzionalmente integrati, ha tra le sue principali funzioni quella di gestione proattiva della patologia cronica a livello territoriale, attraverso l'erogazione dell'assistenza primaria e intermedia e l'integrazione con i percorsi di assistenza ospedaliera per acuti e di assistenza sociale. Ha inoltre funzioni di prevenzione primaria e secondaria degli eventi patologici acuti ad alto potenziale di cronicizzazione.

Alcuni elementi chiave da considerare, di seguito riportati, rappresentano strumenti utili per l'efficace attuazione di quanto previsto dalle linee di indirizzo.

##### **Medicina d'iniziativa nell'assistenza primaria**

L'inserimento di forme di medicina d'iniziativa, (previsto nel punto 1 dell'allegato alla DGR 313/2012) capaci di valutare i determinanti della salute e i bisogni della comunità, di attivare interventi di prevenzione, coinvolgendo e motivando i cittadini nel mantenimento del loro stato di salute, è il modo più efficace per limitare gli eventi acuti e, quindi, per ridurre il ricorso al pronto soccorso e ai ricoveri ripetuti con una conseguente migliore utilizzazione delle risorse.

La medicina o sanità d'iniziativa richiede una profonda revisione della pratica e dei metodi su cui finora si è fondata l'attività dell'assistenza primaria, con l'introduzione di alcune fondamentali innovazioni che riguardano:

- la costituzione di team multiprofessionali e multidisciplinari;
- l'approccio centrato sul paziente;
- l'approccio di popolazione.

Il modello di riferimento, scelto anche dalla citata DGR 313/2012, è quello del Chronic Care Model (CCM) nella forma più evoluta (expanded chronic care model), elaborato dal Prof. Wagner del Mac-Coll Institute for Healthcare Innovation e caratterizzato da una serie di elementi, la cui combinazione dà come risultato l'interazione efficace tra un paziente reso esperto da opportuni interventi d'informazione e di educazione con un team assistenziale multiprofessionale, composto dal medico di sanità pubblica, dal medico di famiglia, dagli infermieri e dalle altre figure professionali coinvolte nel PDTA.

La dimostrata efficacia di tale modello si fonda sulla sua capacità, a differenza di quello basato sull'attesa, di rispondere a una fondamentale esigenza dei pazienti cronici consistente nel poter confidare in uno stretto e continuo rapporto con un team di cure organizzato e in grado di soddisfare i bisogni legati alla patologia;

ciò mediante trattamenti efficaci (clinici, comportamentali e di supporto), informazioni e sostegno a livello assistenziale e sociale per mantenere la propria autosufficienza, follow-up sistematici e interventi commisurati alla severità clinica, cure tempestive e coordinate sia nell'ambito del team che nei rapporti con le strutture del Distretto.

**Raccomandazioni per le AUSL**

Nell'Atto Aziendale deve essere definito il programma di realizzazione, in tutti i Distretti e con la diretta partecipazione dei MMG, d'interventi di medicina d'iniziativa attraverso il CCM:

- A) formazione dei team multiprofessionali;
- B) individuazione dei PDTA oggetto d'intervento dell'attività proattiva;
- C) avvio dei programmi operativi ambulatoriali con valutazione dei processi e degli esiti.

**Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali**

Il trattamento di una patologia richiede spesso interventi multipli condotti da più professionisti e da differenti discipline; la complessità di tale approccio, se non governato, può esitare in discontinuità assistenziali.

La costruzione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali consiste nella contestualizzazione di Linee Guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa locale, nella prospettiva di una presa in carico attiva e globale.

**Raccomandazioni per le AUSL**

Nell'Atto Aziendale devono essere:

- A) indicati i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali attivati e le relative modalità organizzative.
- B) specificate le modalità organizzative relative alla assegnazione della responsabilità complessiva – scientifica, organizzativa - di tutti i progetti aziendali relativi ai PDTA (ad esempio funzioni di coordinamento).
- C) indicate le modalità con le quali le Aziende intendono progettare ulteriori percorsi

**Rete sociosanitaria distrettuale**

Il Distretto è chiamato a svolgere una funzione di integrazione dei processi a favore della persona, al fine di evitare interventi frammentati, verticali, ricomponendo i fattori produttivi in un continuo assistenziale. Il livello di integrazione richiesto, oltre quello tra i servizi sanitari territoriali e quello con l'ambito ospedaliero, è anche quello relativo alla rete dei servizi socio-assistenziali gestiti dai Comuni e dai loro erogatori e con la rete socio-sanitaria (comprese le attività esternalizzate).

Per tali finalità è necessario strutturare formalmente, a livello distrettuale, una "rete sociosanitaria", con

L'individuazione dei nodi sanitari e sociali e delle interdipendenze tra questi.

**Raccomandazioni per le AUSL**

Nell'Atto Aziendale devono essere:

- A) individuate le modalità con le quali si intende avviare la realizzazione della rete sociosanitaria.
- B) indicate le modalità organizzative attraverso le quali giungere ad una progettazione congiunta dei servizi (tra distretto e altri servizi aziendali, con l'ente locale) e l'eventuale operatività di equipe/servizi/sedi miste.

A handwritten signature in black ink is positioned to the left of a circular stamp. The stamp contains the text 'ASSESSOR' in a curved path along its top edge.

## ESTRATTO DA GLOSSARIO AGENAS

(<http://www.agenas.it/glossario.html>)

**Accoglienza:** processo o percorso di inserimento della persona in un nuovo contesto fisico, sociale, relazionale. L'ambiente umano e fisico accogliente È fondamentale per facilitare l'accesso a servizi complessi quali quelli sanitari.

**Appropriatezza/ Inappropriatezza:** definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.

**Case manager:** il responsabile del caso; professionista che opera come riferimento e "facilitatore" per la persona che ha bisogni sociosanitari complessi, con il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza.

**Continuità assistenziale:** È detto Servizio di Continuità Assistenziale. Garantisce al cittadino prestazioni sanitarie quando non È possibile reperire il proprio medico di medicina generale o pediatra di libera scelta, ed in particolare: consulto telefonico, visita medica in sede e a domicilio del paziente, prescrizioni farmaceutiche; tutte le prestazioni sono erogate a titolo gratuito.

**Cure domiciliari:** le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, talora associati ad attività di aiuto alla persona e governo della casa, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza delle persone non autosufficienti (parzialmente o totalmente, in forma temporanea o continuativa), con patologie in atto o in stato di riacutizzazione o con esiti delle stesse. Sono finalizzate a contrastare le forme patologiche, il declino funzionale e a migliorare la qualità quotidiana della vita. Nella letteratura scientifica, nella normativa e negli atti programmatori delle diverse regioni italiane vengono spesso differenziate in distinte tipologie (Assistenza Domiciliare, Assistenza Domiciliare Programmata, Assistenza Domiciliare Integrata ecc.).

**Cure palliative:** nate circa trent'anni fa in Inghilterra, sono la cura globale e multidisciplinare per i pazienti affetti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e di cui la morte è diretta conseguenza. E si estrinseca in un complesso e articolato corpus di conoscenze, comportamenti e abilità per assistere il paziente con malattia inguaribile. Le cure palliative hanno come obiettivo la qualità di vita del malato, che deve essere raggiunta attraverso il mantenimento per il maggior tempo possibile dell'autonomia della persona. Le cure palliative sono definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come *"... un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicofisica e spirituale"*.

**Percorsi diagnostici/assistenziali:** complesso di modalità terapeutiche e diagnostiche previste per le diverse patologie in base a protocolli di assistenza o di diagnostica internazionali o nazionali.

**Percorsi diagnostico-terapeutici:** insieme di indicazioni operative e organizzative da osservare, finalizzate a coordinare e razionalizzare gli interventi sanitari specialistici nei confronti dei pazienti. I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) rappresentano la contestualizzazione di Linee Guida, relative ad una

patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa di un'azienda sanitaria, tenute presenti le risorse ivi disponibili. I PDTA sono, in pratica, strumenti che permettono all'azienda sanitaria di delineare, rispetto a una patologia o un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione.

**Presenza in carico:** è un processo, un insieme di azioni, percorsi, strategie, che il servizio sanitario mette in atto per rispondere a bisogni di salute complessi e che richiedono un'assistenza continuativa o prolungata nel tempo coinvolgendo diverse professionalità.

**Qualità (e costi dell'assistenza):** l'insieme delle proprietà di un prodotto/servizio che conferiscono a esso la capacità di soddisfare le esigenze esplicite o implicite del cliente. Le esigenze implicite andrebbero identificate e definite. In molti casi le esigenze possono cambiare nel tempo; ciò implica riesami periodici dei requisiti per la qualità. Ogni Azienda dovrebbe tradurre questo concetto di qualità in una propria definizione operativa.

**Rete dei servizi del Distretto sociosanitario:** Il termine rete nel contesto dei sistemi organizzativi riguarda la definizione di modalità sistematiche di connessione e integrazione tra una serie di servizi ed attività. In sanità il modello a "rete" è fondamentale in quanto il sistema sanitario è formato da una complessità di servizi e professionisti che si devono ricomporre intorno al bisogno della persona. Il modello "a rete" implica la definizione di percorsi di cura coordinati ed integrati in modo da consentire al cittadino un facile accesso ad un percorso di cura coerente. Deve, inoltre, consentire agli operatori sociosanitari la conoscenza rapida e sistematica dell'insieme delle informazioni necessarie.

**Valutazione Multidimensionale (VMD):** È parte fondamentale del processo di presa in carico *globale* della persona e si configura come una operazione dinamica e continua che segue l'anziano/disabile nel suo percorso dentro la rete dei servizi socio-sanitari e ne rappresenta nel tempo l'evoluzione. Si tratta del momento valutativo che esplora le diverse dimensioni della persona nella sua globalità, ovvero la dimensione clinica, la dimensione funzionale, la dimensione cognitiva, la situazione socio-relazionale-ambientale.



## ELENCO DELLE PRINCIPALI NORME DI RIFERIMENTO

- DPCA 18/2008 "Approvazione della 'Programmazione per l'integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio' e delle 'Linee Guida per la stesura del Piano Attuativo Locale triennale 2008-2010'".
- 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 "Riqualficazione dell'Assistenza Territoriale e valorizzazione del ruolo del Distretto. Approvazione del documento "Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del Distretto".
- 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".
- DPCA 99/2012 "Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti, anche anziane. DPCA 39/2012 e DPCA 8/2011. Corrispondenza tra tipologie di trattamento e nuclei assistenziali e relativi requisiti minimi autorizzativi. Approvazione documenti tecnici comparativi."
- DPCA 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".
- 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 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 DCA n. 39 del 20 marzo 2012. Modifica al cap. 4.2. del DCA n. 8/2011 ed integrale sostituzione dei cap. 3.4 e 7.2. del DCA n. 8/2011".

- 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 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 77/2013 "Recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e delle Province autonome".
- DCA 101/2013 "Sistema tariffario e definizione budget 2013 delle strutture private erogatrici di prestazioni con onere SSR – RSA e Assistenza residenziale intensiva".
- 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 121/2013 "Recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Piano per la malattia diabetica", Rep. Atti n. 233/CSR del 6 dicembre 2012".
- 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".