

693 30 LUG. 2004

OGGETTO: Piano di utilizzo delle quote vincolate agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2003.

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA del Direttore del Dipartimento Sociale

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale" e successive modificazioni;

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

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria, ed in particolare l'art.6 bis che disciplina i rapporti tra la Regione, le Università e le strutture del Servizio Sanitario Regionale;

VISTO il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 approvato con DPR 23 maggio 2003 che individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario e che prevede che i suddetti obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'accordo 8 agosto 2001 tra Stato, Regioni e Province Autonome, come integrato dalle leggi finanziarie per gli anni 2002-2003 e nei limiti e in coerenza dei programmati Livelli di Assistenza di cui al DPCM 29 novembre 2001 e successive integrazioni;

VISTI in particolare i dieci obiettivi che il PSN 2003-2005 individua per la strategia del cambiamento:

- 1) Attuare, monitorare e aggiornare l'accordo sui Livelli Essenziali di Assistenza e ridurre le liste di attesa;
- 2) Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili;
- 3) Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche;
- 4) Potenziare i fattori di sviluppo (o capitali) della sanità;
- 5) Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e in sanità;
- 6) Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere;
- 7) Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e sociosanitari e potenziare i servizi di emergenza-urgenza;



9

- 8) Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari;
- 9) Promuovere stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica della salute;
- 10) Promuovere un corretto uso dei farmaci e la farmacovigilanza;

VISTO l'art.1 comma 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, che prevede l'individuazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, al cui perseguimento sono vincolate apposite risorse;

VISTO l'Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 24 luglio 2003 avente ad oggetto l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 che definisce gli ambiti di collaborazione tra Stato, Regioni e Province Autonome per l'attuazione del Piano stesso;

ATTESO che il citato accordo ha puntualmente declinato le priorità di attuazione del Piano Sanitario Nazionale, individuando le seguenti tematiche:

- a) sviluppo della politica dei livelli essenziali di assistenza;
- b) cure primarie;
- c) rete integrata dei servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza;
- d) centri di eccellenza;
- e) comunicazione istituzionale;



CONSIDERATO che per ciascuna priorità sono stati indicati, sempre nel citato accordo, per il triennio 2003-2005 gli ambiti specifici di collaborazione e più precisamente:

1. **Lo sviluppo della politica dei Livelli Essenziali di Assistenza:**
 - sviluppare un sistema di indicatori permanenti e continuamente aggiornati per il monitoraggio dell'applicazione dei LEA, la verifica, il controllo e l'aggiornamento della loro applicazione;
 - definire standard quantitativi e qualitativi delle prestazioni al fine di orientare i servizi sanitari regionali verso una migliore organizzazione e un appropriato dimensionamento dell'offerta;
 - rilevare e rendere pubblici sistematicamente i tempi di attesa per le prestazioni di diagnosi e cura secondo una metodologia omogenea e condivisa;
 - sperimentare strumenti più efficaci per realizzare condizioni di uniformità e trasparenza delle liste di prenotazione per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche, anche tenendo conto delle iniziative di altri Paesi europei.
2. **Le cure primarie:**
 - Realizzare un processo organizzativo di riordino che garantisca una efficace continuità assistenziale, la riduzione di ricoveri ospedalieri inappropriati, l'attivazione di percorsi assistenziali ed un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali;
 - Sperimentare nuove modalità di erogazione dei servizi territoriali utilizzando anche la riconversione dei piccoli ospedali;
 - Sperimentare nuove modalità operative in tali centri compresa la gestione di un budget onnicomprensivo.

M

693 30 LUG. 2004

9

3. **Rete integrata dei servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza:**
 - Sperimentare forme innovative di governo della rete integrata di servizi sanitari e sociali di presa in carico dell'anziano, del disabile e del paziente cronico;
 - Sperimentare forme innovative di cure domiciliari;
 - Attuare le Linee Guida per le cure palliative, relative ai percorsi assistenziali e la formazione specifica degli operatori.

4. **Centri di eccellenza:**
 - Definire criteri oggettivi per la definizione dei Centri di Eccellenza;
 - Favorire il lavoro in rete dei Centri di Eccellenza operanti sul territorio nazionale per migliorare l'assistenza ai pazienti in ogni area del Paese;
 - Avviare in via sperimentale servizi di consulenza a distanza compresa la telemedicina, tra i centri di eccellenza e le altre strutture e figure sanitarie;
 - Promuovere un sistema di bench-marking per la valutazione delle prestazioni di alta specialità.

5. **Comunicazione istituzionale:**
 - Promuovere un piano di comunicazione istituzionale sugli stili di vita, i comportamenti salutarie e non salutarie e la prevenzione che comprenda campagne su temi di interesse generale, quale l'alimentazione, l'attività fisica e la lotta al fumo, ma anche screening sui tumori;
 - Diffondere informazioni relative alla localizzazione dei servizi e alle caratteristiche delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, anche tramite banche dati on-line ed interconnesse;
 - Migliorare l'attività degli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) e della funzione di comunicazione dei Centri Unici Prenotazione (CUP) o degli altri uffici, strutture e modalità messe a disposizione dei cittadini per le prenotazioni;
 - Aggiornare i medici e gli altri operatori sanitari in tema di processi di comunicazione;
 - Favorire iniziative per il monitoraggio della qualità dell'informazione sulla salute e la sanità in Italia (siti Internet, carta stampata, TV, radio).



VISTO il Piano Sanitario Regionale, approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale del 31 luglio 2002, n. 114, concernente "Indirizzi per la Programmazione Sanitaria Regionale per il triennio 2002/2004 - PSR" con il quale sono state definite le seguenti sfide prioritarie:

- a) Emergenza
- b) Tempi e liste di attesa
- c) Qualificazione e potenziamento dell'assistenza domiciliare
- d) Programmi di prevenzione
- e) Evoluzione dell'ospedale per acuti

CONSIDERATO che i succitati obiettivi prioritari del Piano Sanitario Regionale coincidono con quelli definiti da Piano Sanitario Nazionale ed in particolare con le aree tematiche individuate dal Ministero della Salute

M

VISTA la propria deliberazione n. 1111 del 7 novembre 2003 concernente "Utilizzo delle quote vincolate agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2003";

CONSIDERATO altresì che con il suddetto provvedimento sono state quantificate le percentuali del finanziamento destinato a ciascuna area tematica con riserva di rimodulazione, in relazione ad eventuali e motivate urgenze;

RITENUTO che per quanto riguarda la prima area tematica, riferita allo sviluppo della politica dei Livelli Essenziali di Assistenza, sia necessario destinare le risorse disponibili quantificate con la citata Deliberazione n. 1111 in € 22.083.440,00 per iniziative, programmi regionali nonché per progetti delle Aziende Sanitarie finalizzati a ridurre i tempi di attesa per le prestazioni di diagnosi e cura;

RITENUTO altresì che gli interventi di cui al comma precedente debbano riguardare:

- il collegamento dei Medici di Medicina Generale on line al programma di prenotazione del RECUP mediante l'avvio telematico della richiesta di prestazioni e la segnalazione di priorità;
- il completamento del collegamento delle aziende sanitarie al sistema RECUP ;
- la previsione di una cabina di regia a livello regionale per il monitoraggio dell'andamento delle prenotazioni e della rispondenza dell'intero sistema alle esigenze di accesso;
- la realizzazione di una campagna di comunicazione istituzionale per estendere la conoscenza al pubblico ed agli operatori del numero verde 800 - 986868 del sistema di CUP regionale;
- il potenziamento del Centro Unificato di Prenotazioni con l'ampliamento delle postazioni dedicate al servizio informazioni back-office ed ulteriori postazioni dedicate al numero verde da mettere a disposizione dei Medici di Medicina Generale per la prenotazione di prestazioni prioritarie;
- l'individuazione ed utilizzo di strumenti atti a differenziare le prenotazioni erogate in regime ordinario dalle prestazioni in libera professione intramuraria;
- l'utilizzazione di percorsi diagnostici terapeutici e liste differenziate per priorità cliniche condivise tra struttura richiedente e struttura erogante la prestazione;
- il sostegno economico alle AUSL per la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni cliniche che superano il valore soglia fissato dai provvedimenti regionali (D.G.R. n. 1455 dell'8 novembre 2002), attraverso la presentazione di specifici progetti nei quali la Regione indicherà modalità, strumenti e obiettivi da raggiungere nonché i tempi di realizzazione;

VISTO il protocollo di intesa firmato in data 12 marzo 2004 dal Presidente della Regione Lazio, dall'Assessore alla Sanità e dalla associazione "Cittadinanza



Attiva - TDM" nel quale si concorda di dar vita ad un tavolo permanente di confronto e verifica sul fenomeno dei tempi e delle liste di attesa;

CONSIDERATO che a seguito di detta intesa si è costituito un Gruppo di lavoro con il compito di monitorare il fenomeno nonché di promuovere iniziative e progetti per contrastare detto fenomeno;

PRESO ATTO che il Gruppo di lavoro sulle liste di attesa è composto da:

- o Dott. Francesco Vaia, consulente della Giunta regionale per l'Aziendalizzazione con funzioni di coordinamento del Gruppo;
- o Dott. Antonio Palumbo Direttore Generale della AUSL Roma G, rappresentante delle Aziende USL del Lazio;
- o Dott. Pierluigi Bartoletti, segretario regionale della F.I.M.M.G.;
- o Dott.ssa Maria Corongiu della F.I.M.M.G.
- o Dott. Stefano Inglese, segretario generale dell'Associazione CittadinanzAttiva - Tribunale per i Diritti del Malato;
- o Dott. Giuseppe Scaramazza, componente dell'Associazione CittadinanzAttiva - Tribunale per i Diritti del Malato;
- o Dott. Antonio Ferraro, componente dell'Associazione CittadinanzAttiva - Tribunale per i Diritti del Malato;
- o Dott.ssa Maria Lorenzoni, funzionario della Direzione Regionale Programmazione Sanitaria e Tutela della Salute;

RITENUTO OPPORTUNO individuare nel Gruppo di lavoro succitato lo strumento per la valutazione dei progetti che verranno presentati dalle Aziende Sanitarie alla Regione per ottenere le risorse a tal fine rese disponibili dal presente provvedimento nonché per la verifica sul conseguimento dei risultati prefissati;

VISTO che per la suddetta area tematica sono stati individuati i sottoelencati programmi:

- a) il documento "Misure per il contenimento delle liste di attesa" predisposto dal suddetto Gruppo di lavoro nel quale vengono individuati gli obiettivi e le azioni prioritarie da realizzare sia a livello regionale che attraverso specifici progetti aziendali formulati sulla base di direttive che verranno emanate entro trenta giorni dall'approvazione del presente provvedimento;
- b) il progetto "Realizzazione di un sistema di integrazione tra i reparti di degenza e i laboratori di analisi" di rilevanza regionale per la realizzazione di un sistema di integrazione tra i reparti di degenza e i laboratori di analisi delle aziende sanitarie della Regione Lazio

RITENUTO, in relazione all'area tematica delle Cure Primarie di dover destinare le risorse disponibili, quantificate in € 16.562.580,00, in progetti che garantiscano la continuità assistenziale, la riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati, la integrazione delle risorse ospedaliere con quelle territoriali, con particolare riferimento ai Medici di Medicina Generale;

VISTO che per la suddetta area tematica sono stati individuati i sottoelencati programmi:

- a) **Progetto DOMINO**, progetto sperimentale di assistenza a pazienti sub-acuti presso l'Azienda Ospedaliera S.Giovanni Addolorata in collaborazione con la FIMMG;
- b) **Progetto DOMINO**, progetto sperimentale di assistenza a pazienti sub-acuti presso il Policlinico Tor Vergata in collaborazione con la FIMMG;
- c) **Progetto FLULINE**, programma di sorveglianza domiciliare per gestire i quadri clinici relativi alle complicanze della malattia influenzale nel periodo di maggiore intensità del fenomeno (in collaborazione con la FIMMG);
- d) **Ospedale virtuale** progetto presentato dalla Coop. Sociale Roma Medicina presso l' AUSL Roma A
- e) **Progetto Litorale** per l'incremento delle attività sanitarie e di urgenza nel periodo estivo presentato dall'Azienda USL Roma D;
- f) **Piano Estate Sicura 2004**, per l'incremento delle attività sanitarie e di urgenza nel periodo estivo, presentato dalla Azienda Ospedaliera S.Camillo Forlanini- Servizio Emergenza Urgenza Lazio 118

RITENUTO inoltre in relazione all'area di attività connesse alla **Rete Integrata dei Servizi Sanitari e Sociali per la non autosufficienza** di dover destinare le risorse disponibili, quantificate in € 49.687.745,00, per progetti specifici di **assistenza domiciliare i cui destinatari sono persone di ogni età affette da malattie oncologiche ovvero da disabilità e patologie croniche invalidanti;**

RITENUTO che le attività ed i progetti debbano riguardare:

- a) il potenziamento dell'assistenza domiciliare erogata dalle Aziende USL con riferimento ai seguenti obiettivi:
 - 1) accessibilità e qualificazione del sistema di offerta
 - 2) informatizzazione ed implementazione delle attrezzature
 - 3) attuazione dei percorsi per l'integrazione socio-sanitaria
 - 4) concorso specifico alla riduzione delle liste di attesa
 - 5) organizzazione di percorsi assistenziali ad elevata intensità
 - 6) programmazione di interventi domiciliari in relazione a particolari criticità locali;
 - 7) programmazione e formazione del personale.
- b) l'attivazione di forme innovative e sperimentali di cure domiciliari a favore di minori e di soggetti in età evolutiva dimissibili dall'ospedale;
- c) la realizzazione di un progetto per la prevenzione primaria delle malattie della bocca nei disabili attraverso interventi presso le abitazioni, le associazioni e le strutture di ricovero;
- d) l'attivazione ovvero la prosecuzione di specifici progetti di assistenza domiciliare gestiti da enti e da diversi organismi ed associazioni;



6

VISTO che per la suddetta area tematica sono stati individuati i sottoelencati programmi:

- a) Il **documento programmatico** concernente i criteri per la presentazione e la successiva valutazione dei progetti di assistenza Domiciliare Integrata che saranno presentati dalle Aziende USL del Lazio;
- b) Progetto triennale (coordinato dall'Ospedale Bambino Gesù) per la sperimentazione di un **programma di assistenza specialistica coordinata al domicilio di pazienti pediatrici**
- c) **Assistenza Domiciliare Integrata** da parte dell'Ospedale Israelitico ai pazienti della **AUSL Roma A**
- d) **Assistenza Domiciliare Oncologica** da parte dell'Ospedale Israelitico ai pazienti della **AUSL ROMA D**
- e) **Dimissione guidata di pazienti oncologici in fase terminale**, realizzato dalla AUSL Roma B in collaborazione con la Fondazione Sue Ryder
- f) **Assistenza a favore delle persone anziane** che rimangono sole nel periodo estivo, Progetto regionale attuato in collaborazione con i Medici di Medicina Generale - art. 45 L.R. 27/02/2004 n. 2
- g) **Centro Diurno per soggetti con gravi cerebrolesioni acquisite** Progetto sperimentale della AUSL Roma E attuato in collaborazione con l'Istituto Leonarda Vaccari e l'Associazione Risveglio
- h) **Prevenzione delle malattie odontostomatologiche nei pazienti diversamente abili**, Progetto sperimentale S.I.M.O.
- i) **Assistenza Domiciliare per malati psichiatrici nel territorio romano**, Progetto presentato dall'ARAP;

RITENUTO nell'area della **Comunicazione Istituzionale** di dover destinare le risorse disponibili, quantificate in € 11.041.721,00, per **azioni significative nell'ambito della prevenzione e della promozione di stili di vita e comportamenti adeguati a tutelare il benessere psicofisico.**

In particolare:

- a) azioni finalizzate al miglioramento della qualità della vita attraverso l'incentivazione della pratica sportiva e l'esercizio fisico nonché controlli e monitoraggio delle condizioni di un campione di persone partecipanti al progetto iniziative volte a modificare gli stili di vita e i comportamenti in ordine soprattutto all'alimentazione, all'attività fisica e all'astensione dal fumo
- b) campagne di informazione e di educazione sanitaria al fine di individuare precocemente patologie oncologiche quali il melanoma in contesti sociali particolarmente degradati
- c) programmare interventi di prevenzione in una definita area geografica ovvero l'individuazione precoce della malattia celiaca in soggetti in età evolutiva

VISTO che per la suddetta area tematica sono stati individuati i sottoelencati programmi:

- a) **Movimento e Salute 2004**, promozione di attività fisica in adulti sedentari affetti da broncopneumopatie croniche ostruttive e adulti



- affetti da ipertensione arteriosa essenziale presentato dall'IRCCS Fondazione S. Lucia e dal Movimento socio popolare europeo;
- b) **Campagna regionale di prevenzione, educazione, informazione e comunicazione sugli stili di vita salutari;**
 - c) **Medicina solidale e delle Migrazioni** realizzazione di un ambulatorio multidisciplinare di medicina sociale presso il Policlinico Universitario di Tor Vergata;
 - d) **Prevenzione e screening della malattia celiaca** Organizzazione di un Centro regionale per la diagnosi e la terapia presentato dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I
 - e) **Utilizzazione della tecnologia "infrarossa multispettrale" per la diagnosi precoce del tumore al seno**, progetto la cui realizzazione è condizionata dal preventivo parere positivo del comitato etico dell'A.S.P.
 - f) **Linea per la vita - Salute Mentale**, progetto presentato dall'associazione ONLUS "CHE FARE"
 - g) **Promozione della salute delle popolazioni migranti, senza fissa dimora, nomadi ed a rischio di emarginazione**, proposta di istituzione di un centro di riferimento regionale presentato dall'IRCCS Istituto San Gallicano di Roma
 - h) **Carta dei servizi dell'assistenza domiciliare per pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica**, progetto sperimentale presentato dalla AISLA-

RITENUTO che nell'area dei **Centri di Eccellenza** di dover rinviare a successivi provvedimenti la destinazione o la rimodulazione delle risorse disponibili, quantificate con la DGR. N. 1111/03 in € 11.041.721,00, per azioni significative atte a favorire il lavoro in rete dei Centri di Eccellenza operanti sul territorio regionale al fine di migliorare l'assistenza ai pazienti.

RITENUTO OPPORTUNO impegnare il Dipartimento Sociale e la Direzione Regionale Programmazione Sanitaria e Tutela della Salute nonché la Direzione Regionale Sistema Sanitario Regionale per quanto di specifica competenza, a mettere in atto tutti gli adempimenti attuativi della presente deliberazione, ivi compresa la valutazione finale dei programmi, il cronoprogramma attuativo dei singoli progetti, l'attribuzione dei finanziamenti per ciascun progetto nonché la verifica dei risultati raggiunti;

RITENUTO ALTRESI' di demandare alle succitate strutture la valutazione, anche in termini economici, nonché la verifica dei progetti che verranno presentati successivamente, coerenti alle direttive ed indirizzi emanati dalla Giunta regionale con il presente provvedimento;

TENUTO CONTO che la presente deliberazione non è soggetta alla procedura di concertazione con le parti sociali, in quanto essa non definisce nuovi obiettivi programmatici, bensì le modalità di utilizzo dei fondi vincolati di cui alla delibera n. 1111 del 7 novembre 2003, nell'ambito degli indirizzi programmatici fissati dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale;



8

693

All'unanimità

DELIBERA

Per le motivazioni esposte in premessa che integralmente si richiamano:

1) di approvare:

nell'ambito dell'area sviluppo della politica dei livelli essenziali di assistenza

il documento programmatico "Misure di contenimento delle liste di attesa" (all.1) nonché i progetti indicati nella premessa;

nell'ambito dell'area cure primarie

i progetti che garantiscano la continuità assistenziale, la riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati, la integrazione delle risorse ospedaliere con quelle territoriali, con particolare riferimento ai Medici di Medicina Generale elencati in premessa;

nell'ambito dell'area rete integrata dei servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza

il documento relativo ai criteri per la programmazione delle attività di assistenza domiciliare (all.2) nonché i progetti indicati in premessa;

nell'ambito dell'area comunicazione istituzionale i progetti significativi per la prevenzione e la promozione di stili di vita e comportamenti adeguati a tutelare il benessere psicofisico elencati in premessa;

nell'ambito dell'area centri di eccellenza

di dover rinviare a successivi provvedimenti la destinazione o la rimodulazione delle risorse disponibili, per azioni significative atte a favorire il lavoro in rete dei Centri di Eccellenza operanti sul territorio regionale al fine di migliorare l'assistenza ai pazienti.

2) di demandare al Dipartimento Sociale e alla Direzione Regionale Programmazione Sanitaria e Tutela della Salute nonché alla Direzione Regionale Sistema Sanitario Regionale per quanto di specifica competenza, tutti gli adempimenti attuativi della presente deliberazione, ivi compresa la valutazione finale dei programmi, il cronoprogramma attuativo dei singoli progetti, l'attribuzione dei finanziamenti per ciascun progetto nonché la verifica dei risultati raggiunti;

3) di demandare alle succitate strutture la valutazione, anche in termini economici, nonché la verifica dei progetti che verranno presentati successivamente, - coerenti alle direttive ed indirizzi emanati dalla Giunta regionale con il presente provvedimento.



693 30 LUG. 2004

6

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.



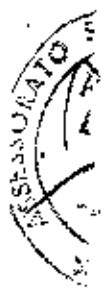
C:\Documents and Settings\msalv\Docur



C:\Documents and Settings\msalv\Docur

IL PRESIDENTE: F.to Francesco STORACE
IL SEGRETARIO: F.to Tommaso Nardini

30 LUG. 2004



10

prodotti negli anni più recenti, molto disomogenea e caratterizzata da aree d'eccellenza accanto ad altre di forte criticità.

Le norme - i principi:

L'interesse del legislatore alla problematica delle liste di attesa, si inserisce nel più generale ambito del processo di rinnovamento ed aziendalizzazione che ha coinvolto le strutture sanitarie. Di seguito si riportano schematicamente gli aspetti più rilevanti della principale normativa in materia.

La Legge 23.12.1994 n. 724 prevede, all'articolo 3 comma 8, una serie di obblighi da parte delle Unità sanitarie locali e Aziende ospedaliere (registro delle prestazioni erogate ambulatoriali e di ricovero, con garanzia di accesso all'utenza).

Già in questa prima legge, sulla scia del diritto di "accesso" agli atti della pubblica amministrazione (cfr. Legge 7.8.1990 n. 241) si mette in evidenza come negli ultimi anni si è assistito ad un profondo mutamento nella percezione che la collettività ha dei propri diritti nell'ambito dei servizi pubblici. Parallelamente, sono cresciute le attese verso il rispetto di tali diritti, attese che sono espresse sia in forma individuale e diretta, soprattutto da parte degli utenti più consapevoli, sia attraverso associazioni di cittadini.

Il tema delle liste di attesa investe la problematica dell'informazione e della comunicazione, come momenti fondamentali e irrinunciabili della più generale strategia che le aziende devono adottare per intervenire sul problema, per rendere concreto il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini, ovvero la loro possibilità di determinare l'organizzazione e la qualità dei servizi, in maniera appropriata ed efficace. È importante, quindi, che il cittadino sia informato sulla trasparenza e la pubblicità delle liste di attesa e sui criteri di priorità utilizzati per formarle.

L'importanza dell'informazione e della comunicazione al cittadino e la necessità di prestarvi un'adeguata attenzione è contenuta anche nel D.P.C.M. del 19.5.1995, "Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari", che riprende e sviluppa i concetti già previsti dalla Legge 724/94.



Le successive *Linee-guida n.2/1995* "Attuazione della carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale" nella loro funzione di orientamento alla stesura da parte di ogni singola Azienda della propria carta, prevedono l'indicazione nella carta stessa di dove l'interessato può chiedere notizie circa le prenotazioni ed i tempi di attesa per le prestazioni di assistenza ospedaliera.

Ulteriore traccia dell'impegno legislativo vi è nelle leggi finanziarie (Legge 23.12.1996 n. 662 e Legge 27.12.1997 n. 449) fino al D.Lgs. 29.4.1998 n. 124, il cosiddetto "sanitometro", che affida alle Regioni il compito fondamentale di individuare, secondo le indicazioni contenute nel dettato normativo, le modalità volte a garantire il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, dettando contestualmente le regole secondo le quali le aziende sanitarie locali e ospedaliere determinano, ciascuna al proprio interno, il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta di effettuazione e la data di erogazione di una determinata prestazione. Il D.Lgs. sottolinea, ancora una volta, l'importanza della comunicazione all'utenza (all'art. 3, comma 10, relativamente al tempo massimo intercorrente tra la richiesta e l'erogazione della prestazione, afferma che "di tale termine è data comunicazione all'assistito al momento della presentazione della domanda della prestazione, nonché idonea pubblicità a cura delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere). E' evidente che l'informazione, pur presente nel settore sanitario, risulta spesso frammentata e dispersa e che il problema, quindi, non risiede tanto nella produzione di maggiori informazioni o nell'affannosa ricerca di nuovi mezzi per la loro diffusione, quanto piuttosto nel rendere la comunicazione tra Azienda Sanitarie e cittadini chiara, semplice, e di facile accesso, attraverso utili strumenti programmabili e monitorizzabili dal livello regionale.

Per quel che riguarda nello specifico le misure intraprese dalle Regioni (ex citato D.Lgs. 124/1998) possono essere, per grandi linee, così rappresentate: a) Regioni che hanno agito prevalentemente attraverso un aumento dell'offerta; b) Regioni che hanno agito prevalentemente attraverso una razionalizzazione ed un miglioramento dell'appropriatezza della domanda; c) Regioni che hanno adottato prevalentemente sistemi di gestione clinico-organizzativa, basata sulla differenziazione dei tempi di attesa per livello di gravità della condizione clinica

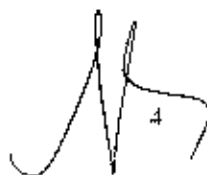


(priorità cliniche) in genere differenziando le prestazioni urgenti non differibili, dalle prestazioni urgenti differibili e dalle altre prestazioni programmabili; d) Regioni che hanno adottato gli adempimenti formalmente richiesti dalla legge senza assumere strategie ed impegni precisi.

~~Per completare la disamina normativa è opportuno menzionare il PSN 1999-2000 che, tra le strategie per il cambiamento e le garanzie del SSN, prevede che le Regioni e le Aziende sanitarie elaborino programmi per l'abbattimento dei tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri e l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.~~

Anche nel successivo PSN 2001-2203 "Dalla sanità alla salute", nella più generale discussione sul federalismo (D.Lgs. 56/2000, D.Lgs. 229/1999) nel prendere in considerazione i livelli essenziali di assistenza (LEA) (ex D.P.C.M. 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"), il decentramento istituzionale e coordinamento, il monitoraggio delle regioni, riprende in esame la necessità di garantire la tempestività delle prestazioni individuando gli obiettivi da perseguire e gli interventi necessari.

L'importanza ed attualità della problematica è testimoniata ulteriormente dalla relazione finale prodotta dalla "Commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa" istituita dal Ministero della Salute. Documento di approfondimento sul tema della gestione e riduzione delle liste di attesa con l'esame e la proposizione di una serie di strategie operative di intervento. Al riguardo, si riportano nella tabella sottostante i "determinanti" delle liste di attesa, così come individuati dalla citata Commissione, che possono essere raggruppati a seconda che siano connessi al paziente, alla prestazione, agli erogatori dei servizi, al sistema sanitario, all'ambiente socio-economico-culturale (contesto), tabella 1.



4

Tabella 1: I "determinanti" delle liste di attesa

<p>Determinanti legati al paziente</p> <ul style="list-style-type: none">✓ clinici: condizione clinica, gravità, urgenza, disabilità✓ socio-economici✓ aspetti logistici dell'accessibilità✓ comportamentali (percezione, ansia, aspettative soggettive)✓ culturali✓ preferenze personali (verso la struttura o verso il medico)✓ conoscenza del sistema di prestazioni
<p>Determinanti legati alla prestazione</p> <ul style="list-style-type: none">✓ grado d'innovazione e di diffusione della prestazione e della tecnologia necessaria✓ eseguibilità da parte di differenti operatori✓ connessione o dipendenza con altre prestazioni
<p>Determinanti legati agli operatori</p> <ul style="list-style-type: none">✓ capacità d'erogazione✓ efficienza interna✓ attrazione della domanda✓ metodi di gestione delle liste✓ modalità alternative d'erogazione✓ disponibilità di differenti competenze professionali✓ interessi particolari di singoli o di gruppi✓ esercizio di controlli
<p>Determinanti legati al sistema sanitario</p> <ul style="list-style-type: none">✓ composizione dell'offerta✓ tariffe e tetti programmati ai volumi erogabili✓ alternative sanitarie o socio-sanitarie disponibili alla prestazione✓ ruolo dei medici prescrittori✓ disponibilità di sistemi informativi✓ sistemi d'informazione e di comunicazione✓ sistemi centralizzati di prenotazione✓ normative specifiche✓ gestione dell'informazione
<p>Determinanti legati al contesto</p> <ul style="list-style-type: none">✓ struttura della domanda, in particolare con relazione all'età della popolazione✓ aspetti sociali: prevenzione, assistenza sociale✓ modelli culturali di "consumo sanitario"

Si ricorda, infine, il D.P.C.M. 16.4.2002 "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa", approvato l'11.7.2002 in sede di Conferenza Stato Regioni, che precisa i criteri di priorità per il S.S.N. cui attenersi per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, e le modalità per una corretta gestione delle liste di attesa, con particolare attenzione alla trasparenza, sulla base di valutazioni di gravità ed urgenza.



Gli interventi della Regione Lazio

La Regione Lazio ha posto particolare attenzione alla problematica delle liste di attesa.

~~Al fine di meglio individuare strategie, metodi e strumenti operativi, è stato~~
istituito dall'Assessorato alla Sanità un gruppo di lavoro, sulla base del protocollo d'intesa firmato in data 12 marzo 2004 dal Presidente della Giunta Regionale, dall'Assessore alla Sanità e da Cittadinanza Attiva - TDM, ed avente come oggetto l'approccio alle problematiche relative alle liste di attesa.

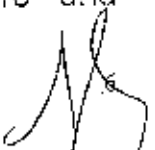
Tale gruppo di lavoro, coordinato dal Dott. Francesco Vaia (Consulente della Giunta Regionale per l'Aziendalizzazione) e costituito da:

- Dott.ssa Maria Lorenzoni (Direzione Regionale Programmazione Sanitaria e Tutela della Salute),
- Dott. Giuseppe Scaramuzza, Dott. Stefano Inglese, Dott. Antonio Ferraro (Cittadinanzattiva-Tribunale per i Diritti del Malato),
- Dott. Pierluigi Bartoletti, Dott.ssa Maria Corongiu (F.I.M.M.G.),
- Dott. Antonio Palumbo (Direttore Generale della ASL RM-G), come rappresentante delle ASL, e che ha coinvolto varie professionalità, tra cui Laziomatica e Capodarco, ha prodotto, dopo diversi incontri e riunioni, il presente documento.

Tale contributo scaturisce sia da una attenta disamina della citata normativa in materia, sia dall'analisi di esperienze già avviate e concluse in altre realtà geografiche italiane, tenendo in debito conto le peculiarità, le criticità ed i bisogni propri della Regione Lazio.

La presente proposta può rappresentare il *primum movens* per l'attuazione di un approccio sistemico alla problematica che coinvolga sia gli operatori sanitari che i cittadini, promuovendo la cultura dell'appropriatezza delle prestazioni e della presa incarico del cittadino-utente, rappresentando, contestualmente, documento utile ai fini programmatici per l'Assessorato alla Sanità.

A tale riguardo l'Assessorato, sulla base degli elementi e dei dati inerenti i tempi di accesso alle prestazioni della sanità pubblica regionale, ritiene necessario procedere all'adozione di alcuni provvedimenti urgenti volti a favorire una



razionalizzazione del sistema dell'offerta e ad abbassare i relativi tempi di attesa, favorendo ed implementando un sistema che consenta di conseguire gli obiettivi attraverso una diretta responsabilizzazione dei medici di medicina generale e degli altri soggetti coinvolti nella prescrizione di esami diagnostici. La

~~responsabilizzazione si traduce in una presa in carico dell'assistito secondo criteri~~
clinici di priorità di accesso alle prestazioni ed una condivisione di percorsi diagnostico terapeutici da ottenersi attraverso gli strumenti normativi e contrattuali attualmente a disposizione per la formazione continua.

In un'ottica di implementazione del sistema di prenotazione, ma con la consapevolezza della urgente necessità di conseguire degli obiettivi tangibili nel breve periodo l'Assessorato alla Salute ritiene opportuno offrire a tutti gli operatori che ne facciano richiesta la possibilità di adottare dei criteri di prioritarizzazione delle richieste anche a prescindere dalla sussistenza o meno di apparecchiature informatiche o di collegamenti telematici negli studi dei medici di medicina generale.

Gli interventi attuativi

Premesso quanto sopra, il gruppo di lavoro ritiene di proporre le seguenti misure e provvedimenti di razionalizzazione indicando gli obiettivi specifici e gli strumenti per ottenerli.

a) obiettivo: diffusione delle informazioni ai cittadini sull'accesso.

Strumenti:

- realizzazione di una campagna di comunicazione istituzionale per estendere la conoscenza al pubblico ed agli operatori del numero verde 800986868 del sistema di CUP regionale (RE-CUP);

b) obiettivo: potenziamento del centro Unificato di Prenotazione.

Strumenti:

- adeguamento del call center attuale alla centralizzazione regionale del servizio di prenotazione telefonica. Il potenziamento deve prevedere per l'attuale fornitore del servizio l'ampliamento delle postazioni dedicate al



servizio informazioni/back office e ulteriori postazioni dedicate al nuovo numero verde da mettere a disposizione dei medici di Medicina Generale per prenotazioni di prestazioni prioritarie;

superamento delle difficoltà da parte delle Aziende ASL ed AO collegate

al RECUP al fine di rendere effettivamente disponibili le prestazioni sanitarie

per il sistema regionale nella misura del 70%. A tale riguardo entro il 30/06/2004 le aziende ASL ed AO collegate al RECUP dovranno dimostrare

la completa interoperatività tra il proprio sistema CUP ed il sistema RECUP e

la Regione verificare il rispetto di tutti i termini e delle funzionalità presenti sul sistema RECUP da parte delle aziende collegate. Le aziende i cui sistemi

CUP non risultassero, a seguito della verifica regionale effettuata, perfettamente integrati alla data del 30 giugno 2004 avranno 30 giorni di

tempo per apportare le modifiche richieste e/o completare l'interoperatività.

Nel caso che perdurassero criticità oltre il termine suddetto, la Regione si riserva di richiedere alle aziende inadempiente con il proprio sistema CUP messo a disposizione gratuitamente.

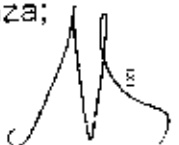
c) obiettivo: aumento e razionalizzazione dell'offerta (massimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili, differenziazione delle strutture erogatrici per complessità delle prestazioni).

Strumenti:

- completamento dei collegamenti al sistema RE-CUP con le aziende pubbliche del SSN (ASL di Viterbo e Frosinone) nonché dell'Azienda Policlinico Umberto I e degli I.F.O.

- avvio di sperimentazioni per il collegamento del RE-CUP con le principali unità ospedaliere private accreditate per l'erogazione di prestazioni del SSN della Regione;

- ricognizione sulla appropriatezza dei bisogni assistenziali, promossa dalla Regione con il coinvolgimento delle rappresentanze delle principali categorie professionali (in particolare medici specialisti e di medicina generale) e delle organizzazioni di tutela del diritto alla salute, con particolare riferimento alla individuazione delle prestazioni necessarie per i percorsi diagnostico-terapeutici di uso più intenso e frequente e per i diversi bacini di utenza;



d) obiettivo: differenziazione delle attese in rapporto ai problemi (codifica delle priorità, con l'esclusione delle emergenze).

Strumenti:

- creazione dei necessari collegamenti per un servizio on-line tra l'attuale programma di prenotazione del RE-CUP e i programmi di cartella clinica informatizzati maggiormente utilizzati dai MMG della Regione onde permettere, mediante l'avvio telematico della richiesta di prestazioni, la segnalazione di priorità al call center RE-CUP da parte dei Medici di Medicina Generale. Tale collegamento deve avvenire senza comportare per i medici ulteriori carichi di lavoro amministrativi ed, in alternativa, per i medici non provvisti di collegamenti telematici dovrà essere attivo uno specifico numero verde dove comunicare mediante apposite procedure in sicurezza la richiesta di prestazioni prioritarie;
- definizione di linee guida per la individuazione e adozione di criteri di priorità nell'accesso alle prestazioni, in relazione alla differente gravità ed urgenza delle stesse, a cura della Regione, d'intesa con le rappresentanze delle diverse categorie professionali (medici specialisti e di medicina generale in particolare) e delle organizzazioni di tutela del diritto alla salute;

e) obiettivo: adeguamento delle procedure per la gestione delle liste di attesa con monitoraggio continuo e reportistica di sistema calendarizzata a 3 mesi per consentire la messa in opera di strumenti correttivi.

Strumenti:

- adeguamento e potenziamento del sistema RE-CUP per permettere il monitoraggio delle richieste in vaso che pervengono al servizio, nonché la segnalazione agli Uffici competenti regionali degli utenti che non disdicono per tempo gli appuntamenti prenotati al RE-CUP onde valutare eventuali richieste di risarcimento da parte delle aziende erogatrici nei confronti degli utenti inadempienti e/o l'adozione di specifici provvedimenti amministrativi per contrastare il fenomeno;
- invio tramite Postel delle conferme di prenotazioni effettuate dal sistema RE-CUP onde evitare malintesi tra l'utente ed il centro di prenotazione;



- divieto assoluto del blocco delle prenotazioni, che devono essere garantite, sempre e comunque, anche nel caso in cui i tempi di attesa superino quelli massimi fissati dalla Regione per una determinata prestazione;
- garanzia, per i cittadini, della prestazione da parte dell'azienda anche ~~attraverso l'acquisizione di prestazioni aggiuntive. qualora il tempo di attesa~~ nel canale istituzionale superi quello massimo previsto dalla Regione per quella stessa prestazione, l'aggravio di spesa per il cittadino rispetto al ticket è posto a carico della azienda sanitaria;
- monitoraggio costante dei tempi di attesa, con report a cadenza trimestrale, per le principali prestazioni di diagnostica, specialistica e chirurgiche, con utilizzazione dei dati messi a disposizione dalla Regione e dalle sedi locali del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva e dall'OO.SS.

f) obiettivo: differenziazione dei sistemi di prenotazione per le prestazioni erogate in regime ordinario ed in libera professione intramuraria.

Strumenti:

- separazione dei centri di prenotazione per prestazioni nel canale istituzionale e in intramoenia, in maniera da garantire la massima trasparenza ed informazione per i cittadini;
- riservare nelle agende delle U.O.C. una percentuale obbligatoria del 10% eccedenti le attuali prestazioni prenotabili da rendere disponibili come "prioritarie" per la prenotazione effettuata tramite segnalazione del MMG al sistema RE-CUP;

g) obiettivo: utilizzo di percorsi diagnostico terapeutici e liste differenziate per priorità cliniche condivise tra struttura richiedente e struttura erogante la prestazione.

Strumenti:

- utilizzo delle risorse attualmente esistenti e finalizzate alla formazione continua per l'organizzazione di programmi formativi, sia residenziali che a distanza;
- implementazione di sistemi informatizzati di aggiornamento automatico delle cartelle cliniche relativamente ai dati necessari per la refertazione degli esami richiesti.

Anche alla luce dei principi generali che ispirano il D.Lgs. 229/1999, riconducibili (ex art. 8) a:



- a) dignità della persona umana;
- b) bisogni di salute;
- c) economicità nell'impiego delle risorse;
- d) equità di accesso all'assistenza;

~~e) qualità ed app. opiatezza delle cure;~~

al fine di rendere sempre più appropriato l'accesso alle prestazioni e di uniformarlo per tutte le fasce sociali, in particolare facilitando l'accesso ai soggetti portatori di handicap ed ai soggetti anziani (criticità nell'abbattimento delle barriere architettoniche e nei tempi di attesa particolarmente lunghi), ed al fine di garantire una risposta sanitaria multidisciplinare alla problematica specifica, il gruppo di lavoro ritiene, inoltre, che la Regione si debba prendere cura del soggetto anziano;

- sostegno al raccordo tra ospedale e territorio, nell'ambito della stessa azienda sanitaria, anche attraverso incontri tra rappresentanti della azienda, specialisti e medici di medicina generale, allo scopo di favorire la utilizzazione di linee guida condivise e percorsi diagnostico-terapeutici omogenei.

Il gruppo di lavoro ritiene, quindi, di proporre ulteriori azioni indicando gli obiettivi specifici e gli strumenti per ottenerli.

h) obiettivo: avvio di una progettualità di home-care.

Strumenti:

- sperimentare forme innovative di governo delle rete integrata di servizi sanitari e sociali di presa in carico dell'anziano, del disabile e del paziente cronico;
- sperimentazione di forme innovative di cure domiciliari ed elaborazione ed attivazione di linee guida per percorsi assistenziali e formazione specifica degli operatori;

- potenziamento ed aggiornamento delle tecnologie;

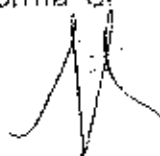
- sperimentazione della telemedicina;

~~- estensione dell'esperienza RE-CUP all'home-care.~~

i) obiettivo: avvio di una progettualità di dimissioni assistite.

Strumenti:

- verificare, in partnership con strutture private, la possibilità di dedicare idonei spazi assistenziali, da individuarsi presso le aziende territoriali o ospedaliero, nei quali poter collocare pazienti a bassa attività assistenziale in forma di



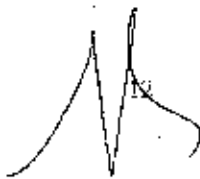
dimissioni, assistite, da gestire insieme con il MMG che diventa coordinatore di una attività a "raggiera", che consenta l'invio del paziente dall'ospedale al territorio e viceversa nonché l'invio delle specialità necessarie, sia ambulatoriali che ospedaliere, a domicilio, e di tutte le professionalità occorrenti;

- individuazione all'atto del ricovero, e indicazione in cartella clinica, della struttura di riabilitazione, per lungodegenti, tipo hospice, o con altra funzione, nella quale ricoverare il paziente dopo le dimissioni dalla struttura ospedaliera nel caso in cui necessiti di assistenza ulteriore, anche se non in struttura per acuti;
- assunzione di modalità di gestione del percorso assistenziale che vietino, in maniera assoluta, le dimissioni dalla struttura sanitaria in assenza di possibilità di ricovero in altra struttura adeguata ed idonea ad assicurare la prosecuzione dello stesso percorso assistenziale (strutture di riabilitazioni, per lungodegenti, tipo hospice, ecc.);

L) implementazione e diffusione del modello organizzativo Flu.Line al fine di determinare le condizioni per un potenziamento delle attività cliniche della Medicina Generale, sia in forma singola che associata, nell'arco temporale diurno dalle 10 alle 19 attraverso la condivisione di procedure di ammissione/dimissione con le strutture di Pronto Soccorso.

M) Creazione in via sperimentale di strutture extraospedaliere parallele ai P.S., destinate ad accogliere nei giorni feriali gli invii dei MMG che aderiscono al progetto di governo della domanda e, nei giorni prefestivi e festivi, a surrogare l'assenza dei MMG. Nei giorni prefestivi e festivi è previsto l'utilizzo dei medici di guardia medica e di specialisti SUMAI. Nei giorni feriali l'accesso a queste strutture è vincolato, in condizioni di normalità alla preventiva valutazione del MMG con apposita modulistica.

N) Valutazione della possibilità di utilizzo della medicina generale nella individuazione e follow up delle patologie respiratorie croniche ed acute attraverso l'effettuazione di valutazioni spirometriche scadenzate secondo protocolli internazionali e finalizzate alla corretta assunzione della terapia ed alla prevenzione di complicanze.



O) Valutazione della proposizione, sulla base dei risultati epidemiologici di quest'anno, della vaccinazione antipneumococcica per adulti.

P) Attivazione della valutazione della popolazione anziana ultrasettantacinquenne sulla base dei criteri stabiliti dall' Accordo Integrativo Regionale.

Q) Integrazione nel sistema Re-Cup delle prenotazioni per l'accesso all'ambulatorio di ginecologia ed ostetricia per le prestazioni indispensabili al monitoraggio costante di eventuali sofferenze e danni fetali.

R) Attivazione dei Programmi formativi stabiliti dall'Accordo Integrativo Regionale con la finalizzazione agli obiettivi indicati nel presente documento.

S) Partecipazione di rappresentanti del Tribunale per i Diritti del Malato-Cittadinanzattiva ai lavori dell' Osservatorio Regionale sull'Appropriatezza Prescrittiva.

T) Promozione, sostegno e valutazione dell'attività degli Uffici Distrettuali dell'Appropriatezza, prevedendo la partecipazione dei rappresentanti delle organizzazioni di tutela del diritto alla salute, con obbligo di rendicontazione delle attività svolte da parte delle Direzioni Generali e sanzioni per le Direzioni inadempienti.

U) Si ritiene indispensabile garantire la necessaria formazione per i medici di MMG per l'attuazione dei progetti secondo le modalità previste dall'accordo integrativo regionale n. 1156 del 02/08/02.

Forse in partenza 19 giugno
[Signature]



IL PRESENTE ALLEGATO COMPOSTO DA 13 PAGINE



[Signature]

Dipartimento Sociale
Direzione Regionale Programmazione Sanitaria e Tutela della
Salute
Area Integrazione socio sanitaria

IL PRESENTE ALLEGATO COMPOSTO DA 6 PAGINE



**CRITERI PER LA PROGRAMMAZIONE
DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE NEL LAZIO**

DELIB. N. 693
DEL 30 LUG. 2004



Roma, luglio 2004

MS

PREMESSA


L'assistenza domiciliare a favore delle "persone colpite da disabilità totale o parziale, temporanea o permanente" ha avuto inizio, nella Regione Lazio, con una fase di sperimentazione che è stata realizzata dal 1990 al 1994, ed è stata oggetto della normativa indicata di seguito. Per completezza di esposizione si indicano anche le norme vigenti che contengono indicazioni sul servizio.

- L.R. 2 dicembre 1988, N.80 "Norme per l'assistenza domiciliare" istitutiva del servizio;
- DGR 29 novembre 1989, N.1020 "Indirizzi e direttive alle unità sanitarie locali per l'organizzazione e l'attuazione dell'assistenza domiciliare di cui alla legge regionale 2 dicembre 1988, N.80" contenente gli strumenti tecnici e metodologici da adottare.
- DGR 6 maggio 1997, N.1988 "Primi provvedimenti per la realizzazione nel Lazio delle residenze sanitarie assistenziali"
- DGR 16 dicembre 1997 N.7878 " Linee guida per l'organizzazione ed il potenziamento dei servizi distrettuali di Assistenza Domiciliare"
- DGR 9 gennaio 2001, N.37 " Programma regionale per la realizzazione di strutture residenziali per malati terminali – hospice- ai sensi dell'art.1 legge 39 del 26/12/1999"
- DGR 24 luglio 2000, N.336 " Approvazione dei progetti elaborati dalle Aziende USL nell'ambito del progetto regionale "Potenziamento dell'assistenza domiciliare", approvato e finanziato dal Ministero della Sanità. Costituzione del gruppo regionale di coordinamento, monitoraggio e verifica dei risultati dei progetti aziendali.
- DGR 17 luglio 2001, N.1042 "Integrazione socio-sanitaria. Approvazione direttiva e istituzione gruppo di lavoro permanente."
- DGR 12 luglio 2002, N.920 "Regolamentazione della Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) nel Lazio"
- DGR 7 novembre 2003 n 1111 " Utilizzo delle quote vincolate agli obiettivi di piano sanitario nazionale per l'anno 2003"

La normativa Regionale, nel suo complesso, da tempo promuove la realizzazione di un sistema integrato di interventi domiciliari a carattere sanitario, per consentire alla persona parzialmente o totalmente non autosufficiente, in modo temporaneo o permanente, di rimanere il più possibile nel proprio ambiente abituale di vita e di contrastare il fenomeno del ricorso improprio alla ospedalizzazione. Il Centro di Assistenza Domiciliare è collocato in ambito distrettuale, ed è coordinato a livello sovra - distrettuale da un responsabile aziendale.

I rapporti tra le strutture ospedaliere ed i distretti sanitari, in materia di assistenza domiciliare, sono regolati a livello centrale dalla AUSL con specifici protocolli operativi. Nell'organizzazione e nella erogazione del servizio di assistenza domiciliare, è dato grande rilievo al ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG), al quale compete la responsabilità di garantire la continuità terapeutica al proprio assistito. Ai fini dell'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, nel caso di impossibilità da parte delle AUSL di provvedere con proprio personale, è diffuso il ricorso a convenzioni con società e associazioni- cooperative.

Le prestazioni di assistenza domiciliare sono di natura medica, specialistica, infermieristica, riabilitativa, di integrazione sociale. Le AUSL, attraverso i CAD, svolgono attività sanitaria domiciliare, preferibilmente in forma integrata con i servizi sociali di competenza degli Enti Locali, con i quali stipulano protocolli d'intesa. Le prestazioni di assistenza domiciliare sono estese anche a



favore di anziani ospiti di strutture residenziali socio-assistenziali, in particolare le case di riposo. In ogni distretto, è istituita un'Unità Valutativa Territoriale (UVT) che ha il compito di valutare la congruità dell'accesso in RSA o in lungodegenza, composta da un medico coordinatore del CAD, un assistente sociale e un'assistente sanitaria o capo sala, integrata dallo specialista geriatra e dal medico di medicina generale.

Si sottolineano alcuni elementi emersi dalle rilevazioni regionali:

- **Popolazione**

Gli ultrasessantacinquenni e la percentuale che questa fascia d'età rappresenta nell'ambito della popolazione totale in ciascuna azienda è compresa tra il 10,8% di Latina e il 23,5% di Rieti e Viterbo, il dato regionale è del 16%. Tale dato è maggiore del 12% ipotizzato dai parametri dell'OMS ed utilizzato per la programmazione regionale della DGR 1020/89 e dalla DGR 7878/97 che rimane pertanto allo stato attuale sottostimato rispetto alle necessità assistenziali, anche in rispetto dell'applicazione dei LEA.

- **Utenti**

Gli utenti in assistenza domiciliare vengono suddivisi ai fini programmatici a secondo del carico assistenziale assorbito, per cui si individuano pazienti per i quali è stato elaborato un piano di trattamento, pazienti saltuari, per i quali vengono erogate prestazioni più o meno occasionali, e gli utenti in assistenza "programmata" ovvero che ricevono visite domiciliari programmate da parte del proprio medico di medicina generale.

Dalle rilevazioni del 2001 emerge che nel Lazio sono stati assistiti, oltre 40.000 persone di cui il 60% con piano di trattamento e il 40, % con interventi saltuari.

Dall'analisi dei dati emergono significative differenze di tipologia dell'utenza e/o di stile di lavoro tra i vari servizi di assistenza domiciliare. Esistono infatti CAD con un numero elevato di utenti salutari e CAD che hanno una maggioranza di utenti con piano di trattamento ad elevata intensità assistenziale.

Rapportando il numero di assistiti ad alta intensità di ciascuna azienda sulla rispettiva popolazione ultrasessantacinquenne si passa da un massimo di 2,4 % casi dell'ASL Roma F, allo 0,4 % e 0,5 % delle ASL Roma D e Roma C, con una media regionale di 1,2 % casi.

- **Tipologie di trattamento**

Il maggior numero di utenti (57%) riceve trattamenti erogati dagli infermieri, che sono anche gli operatori più numerosi dei CAD, e che hanno una competenza che consente loro di effettuare una ampia gamma di prestazioni eseguibili anche a domicilio. Gli utenti che ricevono prestazioni di terapia fisica (24%) sono poco più della metà di quanti ricevono prestazioni infermieristiche, mentre è da sottolineare che il 19% degli utenti ricevono sia prestazioni infermieristiche sia prestazioni fisioterapiche.

Dai dati disponibili risulta che numero medio di giornate di trattamento, in cui il paziente ha avuto almeno una prestazione domiciliare, è di 19 giorni per utente preso in carico per 6 mesi.

- **Personale in servizio per figura professionale**

Per quanto riguarda il personale dei CAD, si osserva un incremento complessivo di N.315 unità, si passa cioè da N.457 del 1998 a N.788 unità del 2001. Tale incremento risulta però ancora insufficiente rispetto allo standard previsto dalla normativa regionale.

una delle maggiori criticità dei servizi di assistenza domiciliare ovvero evidenzia la carenza di personale che in quasi tutte le AUSL è molto inferiore allo standard regionale.

Tale numero di operatori rappresenta solo il 64% delle N. 1237 unità previste dalle linee guida per l'organizzazione ed il potenziamento dei servizi distrettuali di assistenza domiciliare (DGR 7878/97).

Programmazione Sanitaria

Obiettivi e strategie per il servizio di assistenza domiciliare del Piano Sanitario Regionale

Il potenziamento dell'assistenza domiciliare costituisce una delle sfide che il PSR annovera come prioritarie.

In altri termini, si vuole indirizzare l'impegno di tutte le Aziende sanitarie regionali perché gli interventi di ASSISTENZA DOMICILIARE, qualificando e potenziando i CAD, possano rispondere sempre più a requisiti di: appropriatezza, equità, accessibilità, tempestività, adeguatezza, sicurezza, integrazione, accettabilità, efficacia, efficienza.

Il progetto "Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare nel Lazio" del 2001, seppure evidenziando notevoli sforzi organizzativi da parte della ASL, non ha ancora consentito a tutti i CAD di completare né il proprio organico, né la dotazione di strumenti previsti, ma ha sicuramente attivato un processo di cambiamento delle modalità di intervento a favore della popolazione anziana.

La deliberazione del Consiglio regionale n°114 del 31 luglio 2002 "Indirizzi per la programmazione Sanitaria Regionale per il triennio 2002-2004 PSR" prevede tra le sfide prioritarie quella relativa a: "Qualificazione e Potenziamento dell'Assistenza domiciliare" la cui finalità principale è quella di pervenire, nei tre anni di vigenza del piano, ad una "riequilibratura" tra domanda appropriata ed offerta di assistenza domiciliare, sulla base di criteri, procedure e standard verificati e formalizzati, e di dare piena funzionalità ed efficienza a questo modello assistenziale, attraverso interventi sistematici di formazione, informazione, organizzazione e valutazione, in modo omogeneo su tutto il territorio regionale, tali da garantire pari opportunità assistenziali a tutti i cittadini del Lazio, nella prospettiva dell'accreditamento istituzionale.

La deliberazione della Giunta Regionale del Lazio 1111 del 7/11/2003 approva il progetto complessivo delle attività relative alle cinque aree prefigurate per le priorità indicate nel piano Sanitario regionale 2003 -2005 e stabilisce di utilizzare il 45% delle risorse assegnate (€ 110.417.207) all'area "Rete integrata dei servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza" Per un totale di € 49.687.745,00



FINANZIAMENTO ALLE AZIENDE USL PER I PROGETTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Fondo da assegnare alle Aziende USL per il potenziamento dell'assistenza domiciliare
€38.000.000,00

Il finanziamento è stato ripartito alle Aziende Sanitarie per una metà in rapporto alla popolazione totale residente e per l'altra metà in rapporto alla popolazione degli ultra sessantacinquenni

Il finanziamento sarà erogato alle singole aziende nella misura del 50% al momento dell'esecutività della presente delibera secondo i criteri previsti nell'allegata tabella A, e per il restante 50% a seguito dell'approvazione da parte della Regione dei progetti complessivi inviati dalle singole Aziende sanitarie entro 90 giorni dalla notifica della presente deliberazione.

Le aziende sanitarie locali dovranno pertanto elaborare progetti attuativi con riferimento ai seguenti obiettivi .

1. Accessibilità e qualificazione del sistema di offerta;
2. Informatizzazione ed implementazione delle attrezzature;
3. Attuazione dei percorsi per l'integrazione socio sanitaria;
4. Concorso specifico alla riduzione delle liste d'attesa;
5. Organizzazione di percorsi assistenziali ad elevata intensità;
6. Programmazione di interventi domiciliari in relazione a particolari criticità locali;
7. Programmazione e formazione Regionale del personale

1. Accessibilità e aspetti organizzativi

- i progetti dovranno prevedere una organizzazione del servizio che tenga conto di una operatività articolata sia di mattina che di pomeriggio dei giorni feriali, e in turni antimeridiani nei prefestivi e nei festivi, assicurando così l'assistenza anche nei giorni festivi nei casi molto gravi.
- Si propone di dedicare ai progetti di questa area di intervento il **18% delle risorse.**

2. Attrezzature e informatizzazione

- Progetti per l'acquisto di autovetture, attrezzature sanitarie, arredo, ecc. o quanto può servire per l'informatizzazione dei Cad , ivi compreso la formazione informatica del personale.
- Si propone di dedicare ai progetti di questa area di intervento il **7% delle risorse.**

3. Attuazione dei percorsi per l'integrazione socio sanitaria

- Sviluppo di un piano biennale che favorisca l'integrazione sociosanitaria, individuando le risorse necessarie ivi comprese quelle per incentivi al personale dei CAD, per attuare le dimissioni protette ospedaliere, i collegamenti funzionali con le RSA, le strutture di lungodegenza, di riabilitazione e hospice.
- Si propone di dedicare ai progetti di questa area di intervento il **10 % delle risorse.**



4. Riduzione delle liste d'attesa

- Programmi biennali per ridurre le liste d'attesa nell'ambito dell'assistenza domiciliare
- Si propone di dedicare ai progetti di questa area di intervento il **15 %** delle risorse.

5. Percorsi assistenziali ad elevata intensità

Programmi biennali per percorsi assistenziali ad elevata intensità per :

- Persone affette da malattia di Alzheimer
- Persone in fase terminale (oncologici e non)
- Persone in nutrizione artificiale domiciliare (NAD) (solo per l'assistenza)
- Persone in stato vegetativo
- Minori dimessi da ospedali e in particolare in collegamento al progetto di dimissioni" Ospedale Bambin Gesù"
- Persone con malattie neurologiche e degenerative gravi
- Persone in respirazione artificiale assistita in età evolutiva e non.
- Si propone di dedicare ai progetti di questa area di intervento il **40 %** delle risorse.



6. Particolari criticità locali

- Sviluppo di progetti per particolari criticità locali e sperimentazioni di carattere organizzativo per potenziare l'assistenza in zone particolarmente disagiate(aggregati urbani particolarmente critici , periferie urbane, comunità montane e isole)
- Si propone di dedicare ai progetti di questa area di intervento **8 %** delle risorse.

7. Formazione Regionale del personale

- I progetti riguardanti la formazione saranno implementati da uno specifico progetto regionale.
- A tali progetti verrà riservato il **2%** delle risorse

Per l'attuazione del piano verrà costituito un gruppo di lavoro con funzioni di supporto tecnico e di sorveglianza delle Aziende USL per la predisposizione ed il monitoraggio degli strumenti di rilevazione dei dati e la verifica delle fasi operative, nonché la valutazione complessiva dei risultati raggiunti ,per gli anni 2004-2006.

I compiti di detto gruppo sono individuati con provvedimento del Direttore del Dipartimento, tra dirigenti e funzionari della Direzione Regionale Programmazione Sanitaria e Tutela della Salute e tra operatori delle Aziende USL particolarmente esperti nella materia.

IL PRESENTE ALLEGATO È COMPOSTO DA 6 PAGINE

