



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

ESTRATTO DAL PROGRESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 19/06/2007

=====

ADEI' 19/06/2007 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COSI' COMPOSTA:

MARRAZZO	Dietro	Presidente	MANGARELLI	Alessandra	Accusatore
POMPTI	Kassimo	Vice	MICHELANGELO	Yario	"
ASTORAC	Bruno	Presidente	NIRI	Luigi	"
BATTAGLIA	Augusto	Assessore	RANUCCI	Raffaella	"
CIANI	Fabio	"	RODANO	Giulia	"
COSTA	Silvia	"	TIRABO	Alessandra	"
DE ANGELIS	Francesco	"	VALENTINI	Daniela	"
DE STEFANO	Mario	"	ZARATTI	Elisabetta	"
FICHERA	Daniela	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO: Domenico Antonio CUMAUPI

***** OMISSIS

ASSENNI: COSTA MANGARELLI MICHELANGELO

DELIBERAZIONE N. 488

Oggetto:

Indicazioni e interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e socio sanitarie. Incentivazione del processo di de-ospedalizzazione nella Regione Lazio.



433 19 GIU. 2007 *ler*

“Indicazioni e interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e sociosanitarie. Incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione nella Regione Lazio.”

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

VISTA la legge statutaria 11 novembre 2004, n.1 “Nuovo Statuto della Regione Lazio”;

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 concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e successive modificazioni ed integrazioni;

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

VISTO il DPR 14.1.1997 con il quale viene approvato l'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie;

VISTO la legge n. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

VISTO il DPR 14 Febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie”;

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

CONSIDERATO che, con D.M. 12 aprile 2002 “Ospedalizzazione domiciliare” il Ministero della Salute ha fissato le linee di indirizzo per le attività domiciliari ad elevato impegno assistenziale;

VISTA la Legge Regionale n. 80 del 02.12.1988 “Norme per l'assistenza domiciliare” istitutiva del servizio di assistenza sanitaria domiciliare;



433 19 GIU. 2007' *du*

VISTA la L.R. n. 4 del 30 marzo 2003, "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale di accordi contrattuali", e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la L.R. n. 4 del 28 Aprile 2006 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2006 (art. 11 legge regionale 20 Novembre 2001, n. 25)";

VISTO il Regolamento Regionale n. 2 del 26/01/2007 "Disposizioni relative alla verifica di compatibilità e al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, in attuazione dell'art. 5, comma 1, lettera b), della legge regionale 3 Marzo 2003, n. 4 (norma in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modificazioni";

VISTA la Deliberazione del Consiglio Regionale del 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, nonché lo schema tipo di convenzione;

VISTA la DGR del 16 dicembre 1997, n.7878 "Linee guida per l'organizzazione ed il potenziamento dei servizi distrettuali di Assistenza Domiciliare";

VISTA la DGR del 17 luglio 2001, n.1042 "Integrazione socio-sanitaria. Approvazione direttiva e istituzione gruppo di lavoro permanente.";

VISTA la DGR del 21 dicembre 2001, n.1988 "Primi provvedimenti per la realizzazione nel Lazio delle residenze sanitarie assistenziali";

VISTA la DGR. del 21 dicembre 2001 n. 2031 "Piano di trattamento a domicilio delle persone con AIDS nella Regione Lazio. Sperimentazione di un modello organizzativo e relative tariffe";

VISTA la DGR 12 luglio 2002 n. 920 "Regolamentazione della Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) nel Lazio";



433 * 9 GIU. 2007 *ly*

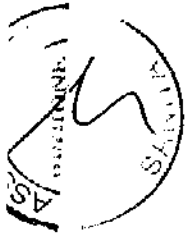
- VISTA** la DGR n. 424 del 14/07/2006 "Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 - Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione ed all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie";
- VISTO** il "Progetto Mattoni SSN - Prestazioni residenziali e semiresidenziali" - Ministero della Salute - 2007;
- VISTO** il piano di rientro di cui all'articolo 1 comma 180 della legge 311/2004 approvato dalla giunta regionale nella seduta del 12 Febbraio 2007 con DGR n. 66 e modificato nella seduta del 6 Marzo 2007 con DGR n. 149;

CONSIDERATO che in data 31 Luglio 2006 è stato siglato un protocollo di intesa tra la Regione Lazio e l'ANCI Lazio al fine di favorire l'evoluzione del quadro istituzionale della sanità e la massima collaborazione tra Regione e Comuni nel governo della sanità stessa, regolamentando il quadro dei rapporti istituzionali con gli enti locali e valorizzando il metodo del confronto programmatico fra aziende sanitarie e conferenze dei sindaci, in particolare nella definizione dei percorsi di integrazione socio sanitaria e socio assistenziale, sotto il profilo organizzativo, gestionale e finanziario;

CONSIDERATO inoltre che per gli adempimenti di cui sopra è stato istituito con l'ANCI un tavolo di confronto tra i Comuni della Regione, il Comune di Roma e gli assessorati regionali competenti in materia;

RITENUTO che il sopra citato tavolo di confronto debba condividere ed approvare entro il 30 settembre 2007 un documento che dia indicazioni e definisca interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e sociali, nonché attui l'incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione, attraverso la condivisione e la traduzione operativa degli elementi sotto indicati che qualificano le attività di integrazione:

- Il distretto sociosanitario;
- Integrazione sociosanitaria, sistema informativo integrato;
- Cure primarie: medicina generale e pediatria di libera scelta;
- Centri di assistenza domiciliare, Assistenza domiciliare integrata;
- Cure intermedie (Residenze sanitarie assistenziali, Hospice, Presidi territoriali di prossimità);
- Continuità assistenziale e dimissioni protette;



433 19 GIU. 2007 *llg*

- Sistemi di remunerazione;

VISTO inoltre il documento tecnico (allegato n. 1) predisposto da Laziosanità ASP che fornisce il complesso delle indicazioni e delinea iniziative ed interventi relativamente ai punti sopra indicati;

CONSIDERATO che con riferimento alcune iniziative sopra elencate è attualmente in corso di realizzazione:

- il monitoraggio dei progetti integrati socio sanitari realizzati attraverso la programmazione annuale prevista nei piani di zona, nonché l'analisi delle iniziative delle aziende USL di alto spessore innovativo che hanno visto la partecipazione attiva degli enti locali; al fine di redigere un rapporto sullo stato di avanzamento dei processi di integrazione;
- l'avvio in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità ed il Comune di Roma di una BANCA DATI SULLA FRAGILITA' quale sistema prototipale per l'avvio del sistema informativo socio sanitario.

VISTO il documento allegato, nel testo concordato con i Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, giusta apposita nota in data 15.06.2007 a firma del Direttore Generale dott. Filippo Palumbo, parte integrante del presente provvedimento l'allegato n.2 .

All'unanimità dei voti



433 19 GIU. 2007 *les*

DELIBERA

per le motivazioni espresse in premessa, che si intendono integralmente richiamate:

1-Di definire i sottoelencati punti quali elementi qualificanti per la realizzazione di interventi ed iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e sociali, nonché per l'attuazione e l'incentivazione dei processi di deospedalizzazione:

- Il distretto sociosanitario;
- Integrazione sociosanitaria, sistema informativo integrato;
- Cure primarie: medicina generale e pediatria di libera scelta;
- Centri di assistenza domiciliare, Assistenza domiciliare integrata;
- Cure intermedie (Residenze sanitarie assistenziali, Hospice, Presidi territoriali di prossimità);
- Continuità assistenziale e dimissioni protette;
- Sistemi di remunerazione;

2-di approvare il documento tecnico (allegato n. 1) predisposto da Laziosanità -ASP, che fornisce il complesso delle indicazioni e delinea iniziative ed interventi relativamente ai punti sopra indicati quale piattaforma per la stesura del documento definitivo contenente la programmazione degli obiettivi e la definizione delle risorse da



433 19 GIU. 2007 *ler*

condividere ed approvare entro il 30 settembre 2007 dal tavolo di confronto di cui al protocollo di intesa tra Regione Lazio ed ANCI.;

3-di impegnare le Aziende Sanitarie a predisporre i piani attuativi locali entro 60 giorni dalla approvazione del documento definitivo summenzionato;

4- di prevedere, in caso di inadempienza delle Aziende Sanitarie, che la Regione, previa diffida ad adempiere, trascorsi i termini previsti nell'atto di diffida medesimo, nomini un commissario ad acta ai sensi della normativa vigente, per la predisposizione entro 60 giorni del relativo piano attuativo locale, sentita la conferenza dei sindaci.

S 5- di approvare il seguente documento allegato, nel testo concordato con i Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, giusta apposita nota in data 15.06.2007 a firma del Direttore Generale dott. Filippo Palumbo, parte integrante del presente provvedimento (allegato n. 2)

Allegato n. 1



C:\Documents and Settings\vmantini\De:

IL PRESIDENTE: F.to Pietro MARRAZZO
IL SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio CUZZUPI

Allegato n. 2



C:\Documents and Settings\vmantini\De:

28 GIU. 2007



ler

LAZIO



At. n° 1

ALLEG. alla DELIB. N. 433 lu
19 GIU 2007

Allegato tecnico



Indicazioni e interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e sociosanitarie. Incentivazione dei processi di deospedalizzazione.

Il presente allegato è
composto da n. 28 pagine





1. Il distretto sociosanitario

Il mutamento di prospettiva necessario a riequilibrare nel Lazio il sistema sanitario nelle sue componenti ospedaliera e territoriale implica uno spostamento consistente di competenze, professionalità, attività, servizi e risorse verso il territorio.

Tale cambiamento appare necessario, al fine di garantire: a) un sistema di promozione della salute, assistenza e cura prossimo al cittadino; b) una presa in carico globale dei problemi di salute del cittadino; c) una soluzione alla maggior parte dei problemi di salute e sociosanitari di base e intermedi, problemi che attualmente trovano risposte soprattutto in ambito ospedaliero, comportando pertanto un'eccessiva medicalizzazione e tecnicizzazione.


Il D.Lgs 19 giugno 1999, n. 229, attribuisce al Distretto la titolarità delle cure primarie e lo identifica quale luogo privilegiato per l'integrazione sociosanitaria, anche attraverso la partecipazione all'elaborazione dei Piani di zona. Attribuisce inoltre al Distretto autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda sanitaria. Individua inoltre nel Piano delle attività territoriali, coerentemente inserito nel Piano delle attività locali di Azienda sanitaria, lo strumento di programmazione delle attività distrettuali basato sul principio dell'intersectorialità degli interventi e identifica il Distretto come luogo sia di produzione diretta di servizi che di committenza. Inoltre, la titolarità del rapporto con i Municipi è affidata al Distretto, anche attraverso l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria mediante i sopra citati Piani di attività territoriali e i Piani di zona.

La piena applicazione del DLgs costituisce quindi lo strumento per riorientare e potenziare le attività territoriali, anche nella direzione di un rafforzamento della struttura organizzativa del Distretto e dell'attribuzione ad esso della responsabilità sugli esiti di salute, superando l'attuale organizzazione verticale dipartimentale.

Obiettivi operativi e definizione delle risorse

E' in fase di avvio la valutazione della congruità dei bacini di utenza dei Distretti, le cui dimensioni variano attualmente da un minimo di 10.628 ad un massimo di 299.028 abitanti (anno 2005).

Entro il 30 novembre sarà presentato un documento con i relativi cronoprogrammi contenente i percorsi formativi per la rimodulazione delle competenze del Distretto. La formazione riguarderà l'analisi di strumenti epidemiologici, amministrativi e gestionali al fine di supportare operativamente i responsabili dei Distretti nella realizzazione delle proprie funzioni.



Obiettivo delle Aziende sanitarie, da inserire nei piani attuativi locali, sarà la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi e di cura per la gestione delle cronicità. La presa in carico di soggetti affetti da patologie cronico-degenerative, spesso portatori di bisogni socio-assistenziali correlati alla non piena autosufficienza, deve avvenire all'interno di team multidisciplinari, il cui stile di lavoro sia caratterizzato dall'interdisciplinarietà, dall'integrazione e dall'operare non gerarchico dei singoli professionisti, in un piano di pari dignità.

Saranno messe a punto procedure amministrative e operative al fine di adeguare la capacità di risposta specialistica del territorio, alla valutazione del fabbisogno indicato nella DGR approvata il 12 giugno 2007 "Stima dei bisogni di salute e dei fabbisogni sanitari della Regione Lazio"

Infine è prevista un'azione specifica per lo sviluppo del sistema informativo territoriale, che dovrà essere rivisto nella sua architettura generale e supportato da un adeguato investimento in tecnologia informatica.

Gli elementi fondamentali su cui concentrare risorse e competenze, e sperimentare soluzioni organizzative e gestionali innovative al fine di riconfigurare e potenziare la funzione distrettuale sono individuati nei paragrafi seguenti, distinguendo gli aspetti direzionali e di programmazione, gestionali, organizzativi e funzionali.

Agli obiettivi operativi per l'integrazione sociale e sanitaria, verranno finalizzate risorse provenienti dal Fondo sociale, e già destinate all'attuazione dei Piani di zona, e integrate dalle risorse recuperate dagli interventi di razionalizzazione della rete delle alte specialità e dalla riduzione della UOC come previsto dalla DGR del 12 giugno "Modifica e integrazione della DGR del 14 aprile 2007 n.267. Ridefinizione della rete e dell'offerta dei servizi ospedalieri (intervento 1.2.4 Piano di Rientro). Linee guida per la costituzione e lo sviluppo di reti assistenziali di alta specialità e di emergenza (intervento 1.2.5 Piano di Rientro)"

Aspetti direzionali e di programmazione

- Strutturazione dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, quale strumento di supporto alla direzione di Distretto, in particolare per la definizione del Piano delle attività territoriali;
- analisi e valutazione demografica, sociale ed epidemiologica, quantificazione e mappatura dei bisogni e dei rischi e selezione della domanda anche attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale;
- programmazione delle attività sanitarie e sociosanitarie (composizione del Programma delle attività territoriali e partecipazione con gli Enti Locali all'elaborazione del Piano di zona, in armonia con il Piano delle attività locali);




- in prospettiva, organizzazione dell'offerta, diretta e indiretta, in raccordo con la Direzione strategica aziendale che svolgerà questa azione per l'intero ambito di competenza, definendo volumi e qualità di prestazioni e attività dei soggetti erogatori interni ed esterni all'Azienda;
- gestione dei rapporti con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, le farmacie esterne, ai fini della continuità assistenziale e del coinvolgimento dei suddetti professionisti nell'organizzazione complessiva dell'offerta distrettuale in coerenza con gli obiettivi di educazione e prevenzione, deospedalizzazione, contrasto all'istituzionalizzazione, ricerca dell'appropriatezza;
- definizione delle responsabilità relative ai percorsi assistenziali, a impronta trasversale e organizzati a matrice, con sviluppo di relazioni tra i Dipartimenti e il Distretto, responsabilizzando quest'ultimo sull'utilizzo delle risorse;
- valutazione dei risultati delle attività e degli esiti di salute.

Aspetti gestionali

- Sviluppo delle attività della Commissione distrettuale per l'appropriatezza, quale strumento per il governo clinico;
- predisposizione, monitoraggio e analisi dell'andamento del budget di Distretto, inteso quale strumento per la definizione di livelli di consumo correlati a obiettivi di salute e appropriatezza delle prestazioni, tenendo conto di due funzioni fondamentali: la tutela della salute della popolazione di riferimento e la funzione di erogazione di servizi sanitari. Per la piena realizzazione del budget, è necessario predisporre un clima culturale e organizzativo favorevole, sviluppare sistemi informativi adeguati e potenziare le capacità di analisi e valutazione;
- adozione sistematica dello strumento degli accordi aziendali e valutazione dell'andamento degli stessi (medicina generale e pediatria di libera scelta);
- coordinamento di tutte le attività dei servizi sanitari e sociosanitari operanti nel Distretto;
- collaborazione con la Direzione strategica aziendale per lo sviluppo di sistemi informativi integrati sanitari e sociosanitari e di un sistema di indicatori di controllo;
- collaborazione alla gestione del sistema degli incentivi del personale distrettuale, partecipando formalmente ai Comitati aziendali per la medicina convenzionata.


Aspetti organizzativi e funzionali

- Progressiva organizzazione del Punto unico di accesso integrato sanitario e sociale, inteso quale funzione del Distretto in grado di fornire informazioni e orientamento al cittadino,



risolvere problemi semplici e rinviare i casi di maggior complessità verso le sedi adeguate (funzione filtro, triage);

- Attivazione di un'unità funzionale di pre-valutazione integrata, che potrebbe essere svolta anche a livello del Punto unico di accesso, una volta consolidatosi, con utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale standardizzati e semplificati. Nel tempo il punto unico dovrebbe diventare il luogo dell'iniziale presa in carico, mediante una precisa e dettagliata definizione dei percorsi assistenziali;
- Sviluppo delle Unità di valutazione ove si realizzano, oltre alle funzioni valutative, anche quelle relative alla progettazione condivisa (Piano di assistenza individuale), con l'individuazione del referente del caso (case manager) qualora necessario e l'uso di strumenti di valutazione multidimensionale standardizzati che possano essere utilizzati anche in fase di pre-valutazione da singole figure professionali (ad esempio medico di medicina generale, infermiere, assistente sociale). Sarà inoltre necessario prevedere lo sviluppo di adeguate tecnologie informatiche di supporto e la progettazione del sistema informativo territoriale centrato sul cittadino, non sul servizio e sulle prestazioni;
- Attivazione sperimentale dell'infermieristica di comunità e della funzione di case management;
- Qualificazione e potenziamento dell'assistenza domiciliare, connotata da una forte integrazione multidisciplinare;
- Sviluppo di percorsi assistenziali e garanzia della continuità delle cure (con l'obiettivo finale di realizzarla 24 ore 7 giorni su 7 e intermedio 12 ore 6 giorni su 7), dell'integrazione delle funzioni territoriali con quelle ospedaliere e dei percorsi di dimissione protetta;
- Piena integrazione delle attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali e delle altre figure professionali nelle attività distrettuali, favorendo quelle forme associative che siano coerenti con la logica dei percorsi assistenziali imperniati su integrazione e continuità assistenziale;
- Elaborazione di un modello di assistenza sanitaria e sociale per i soggetti affetti da malattie croniche (*chronic care model*) basato sull'infrastruttura (risorse della comunità, sistemi informativi, linee guida, servizi sanitari e sociali integrati, medici di medicina generale) e sul sistema di erogazione dell'assistenza, modulata sulla base del livello di rischio e del bisogno assistenziale dei pazienti;
- Sperimentazione di forme di partecipazione e attivazione della comunità locale e di empowerment (cittadino competente);

- 
- impegno per lo sviluppo a livello distrettuale di attività di promozione della salute e di prevenzione;
 - avvio di percorsi formativi per gli operatori distrettuali orientati agli obiettivi di Piano.

Sarà necessario, al fine di garantire la piena riuscita delle innovazioni organizzative e di processo sopra delineate, inserire degli indicatori ad esse correlati nella valutazione annuale dei Direttori generali.

2. Integrazione sociosanitaria, sistema informativo integrato

Quadro di riferimento


L'integrazione sociosanitaria può essere intesa come il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, sulla base di progetti assistenziali personalizzati. Il raccordo tra politiche sociali e sanitarie consente di dare risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali integrati, con il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse, istituzionali e non, presenti sul territorio.

L'intesa programmatica tra il sistema sociale e quello sanitario, relativamente a livelli di erogazione, prestazioni e risorse, costituisce l'elemento sostanziale per l'effettiva attuazione dell'integrazione. Altrettanto importante appare la condivisione, tra i due sistemi, di un modello organizzativo-gestionale che preveda, trasversalmente ad ambiti assistenziali e destinatari: la valutazione multidimensionale della persona; la gestione del caso sulla base di un piano di assistenza predisposto e gestito, in maniera unitaria, da personale sociale e sanitario; la stesura di procedure e protocolli relativi alle diverse fasi della presa in carico; la formazione congiunta degli operatori; il monitoraggio e la verifica corrente dell'attività.

L'ambito territoriale di riferimento per l'integrazione sociosanitaria è individuato nel Distretto, ed è soprattutto nella sfera della cronicità e della non autosufficienza, aree in progressiva crescita, che si richiede una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

La Regione Lazio, con la L.R. 9 settembre 1996, n. 38, e con il primo Piano socio-assistenziale regionale 1999-2001, ha anticipato per alcuni aspetti la L. 28 novembre 2000, n. 328, e ha recepito, in seguito, la legge di riforma nell'ambito del Piano socio-assistenziale regionale 2002-2004 e nelle linee di indirizzo per i Piani di zona.

Una serie di delibere successive è relativa ai criteri e alle modalità di riparto dei fondi di natura sociale, alcune delle quali riguardano anche gli ambiti di natura sociosanitaria.



Di seguito sono descritti i principali problemi e le risposte individuate, che costituiscono le linee di azione volte a raggiungere l'obiettivo di sviluppo dell'integrazione sociosanitaria.

- Carenza di informazioni strutturate relative allo stato di attivazione, organizzazione e sviluppo dell'integrazione sociosanitaria nella regione.

Risposte

- Definire e rilevare un set di elementi informativi utili a caratterizzare lo stato delle ASL e dei Comuni relativamente all'attuazione dell'integrazione sociosanitaria, a partire dalle indicazioni normative vigenti;
- effettuare una ricognizione delle esperienze più avanzate nel campo dell'integrazione sociosanitaria, a livello nazionale e regionale;
- definire un insieme minimo di dati da rilevare correntemente nei Distretti delle ASL, al fine di verificare il processo di implementazione dell'integrazione sociosanitaria.

- Persistenti difficoltà di raccordo e coordinamento tra i Comuni e le ASL competenti per territorio nella pianificazione e nella realizzazione degli interventi.

Risposte

- Istituire, a livello di ciascuna ASL, una funzione strategica centrale di coordinamento sociosanitario e, a livello di ogni Distretto, in diretto collegamento con il Direttore dello stesso, una funzione specifica per l'integrazione sociosanitaria, facente capo alla figura del Coordinatore sociosanitario di Distretto;
- costituire un gruppo di lavoro permanente regionale con compiti di indirizzo, supporto e monitoraggio degli interventi di integrazione sociosanitaria;
- predisporre linee di indirizzo operative finalizzate a supportare l'attuazione dell'integrazione sociosanitaria in tutti i Distretti delle ASL regionali relativamente a: programmazione, formazione, procedure, strumenti di valutazione, monitoraggio dell'attività; individuare e avviare un coordinamento regionale dei soggetti preposti, a livello aziendale, all'attuazione dell'integrazione sociosanitaria;
- promuovere la partecipazione del Terzo settore, del volontariato, delle formazioni di cittadinanza, all'interno di una programmazione integrata e partecipata, finalizzata alla condivisione di obiettivi e priorità d'intervento.



- Criticità a livello locale nella gestione operativa degli interventi pianificati e ritardo nell'impegno dei fondi erogati dalla Regione ai Distretti.

Risposte

- Definire specifici percorsi assistenziali, sulla base di predefiniti criteri di eleggibilità, prestazioni erogabili, ambiti assistenziali coinvolti e relative competenze anche economiche;
- dare concreta attuazione agli accordi di programma già sottoscritti a livello distrettuale e monitorarne l'avanzamento;
- individuare modalità organizzative che garantiscano il raccordo e l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari adottando un modello a rete dei servizi;
- analizzare i Piani di zona e i Piani delle attività territoriali, per le sezioni relative all'integrazione sociosanitaria, attraverso una griglia di lettura che ne identifichi le criticità applicative.

- Mancanza di unitarietà degli interventi sociosanitari rispondenti a bisogni assistenziali complessi.

Risposte

- Organizzare progressivamente il Punto unico di accesso integrato sanitario e sociale, inteso quale funzione del Distretto in grado di fornire informazioni e orientamento al cittadino, all'interno di percorsi predefiniti;
- attivare, a livello del Punto unico di accesso, un'unità funzionale di prevalutazione integrata, con utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale standardizzati e di primo livello;
- rafforzare il ruolo delle Unità di valutazione multidisciplinare, costituite da professionalità sanitarie e sociali, in grado di garantire unitarietà nella fase di analisi della domanda, valutazione multidimensionale del caso, presa in carico, predisposizione del Piano individualizzato di assistenza, in una logica di personalizzazione degli interventi, continuità assistenziale e responsabilità sul conseguimento dei risultati di efficacia. La stessa struttura individua un operatore di riferimento che segue le diverse fasi attuative del piano assistenziale, facilitando l'apporto integrato delle figure professionali coinvolte;
- rafforzare la formazione finalizzata allo sviluppo di competenze che integrino le varie culture professionali;
- sostenere la cooperazione, il mutuo aiuto e l'associazionismo delle famiglie, nonché il ruolo peculiare delle famiglie nella formazione e nella cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale;



- diffondere l'informazione, anche attraverso la Carta dei servizi, sulle attività offerte in risposta a bisogni sociosanitari e sulle modalità di accesso e di fruizione dei servizi, promuovendo altresì una "cultura della salute".

3. Cure primarie: medicina generale e pediatria di libera scelta

3.1 Medicina generale

Quadro di riferimento


Il Medico di medicina generale (MMG) assolve, all'interno del SSR, un ruolo di primaria importanza: è infatti la figura professionale alla quale il cittadino, in un rapporto diretto e di reciproca fiducia, affida primariamente la tutela della propria salute. Tuttavia, a fronte del mutare delle problematiche assistenziali, come l'emergere della complessità delle cure legata all'aumentata prevalenza delle malattie cronico-degenerative e al manifestarsi della fragilità connessa all'invecchiamento demografico e alla conseguente necessità di garantire la continuità assistenziale, il MMG deve necessariamente associare, all'erogazione diretta di prestazioni sanitarie, la capacità di leggere i bisogni di salute delle persone che assiste, e di orientarne la relativa domanda di servizi/prestazioni secondo idonei criteri di appropriatezza. Per affrontare questa sfida il MMG deve uscire dal ruolo tradizionale di libero professionista e interagire con gli altri attori del Sistema sanitario regionale. Il MMG deve realmente integrarsi nella rete dei servizi che connotano l'offerta sanitaria e partecipare al governo della domanda, non solo attraverso il perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva, ma soprattutto divenendo attore e promotore di efficaci interventi di prevenzione e fornitore di cure primarie ad ampio raggio, anche in maniera integrata con altre professionalità sanitarie e sociali. Nella nostra regione sono state avviate diverse esperienze di associazionismo in medicina generale (la medicina di gruppo, la medicina in rete, le cooperative sanitarie) e con diverse modalità operative (l'Ospedale virtuale, le esperienze delle Unità di cure primarie – UCP o le Unità territoriali di assistenza primaria – UTAP); tuttavia tali esperienze, che promettono un valore aggiunto in termini di garanzia assistenziale, appaiono ancora non pienamente compiute né ampiamente diffuse e soprattutto sono ancora deboli sul piano delle prove di efficacia, non sempre verificabili per la mancanza di adeguati sistemi di monitoraggio delle sperimentazioni in corso. Ancora fragile appare inoltre la comunicazione con altri contesti assistenziali (assistenza ospedaliera, specialistica, ADI), ben lungi dall'essere costante, condivisa e bidirezionale, a discapito della continuità delle cure e della presa in carico di quelle situazioni più complesse che maggiormente dovrebbero beneficiarne. Le attuali forme di finanziamento della funzione

assistenziale (che prevede la totale attribuzione della quota capitaria in maniera totalmente svincolata dalla dimostrazione e verifica delle prestazioni erogate e degli esiti di salute con queste ottenuti) e l'insieme dei sistemi premianti e disincentivanti finora concepiti non sono stati in grado di recuperare l'insufficiente integrazione operativa di tale figura rispetto al complesso delle attività di natura distrettuale in un'ottica di salvaguardia dei percorsi assistenziali dei cittadini. D'altro canto, non è infrequente registrare il mancato coinvolgimento del MMG da parte dei diversi contesti di cura in cui possono essere trattati i suoi assistiti, se non per la funzione di meri trascrittori di prescrizioni sanitarie altrui. Infine si registrano, quali criticità correlate alle attività dei MMG: possibilità limitata del supporto di altri servizi nella propria attività clinica; frequente mancanza di condivisione, con gli altri attori assistenziali, dei momenti formativi e di aggiornamento; conoscenza parziale del funzionamento della rete assistenziale, con effetto di richieste improprie o mancato utilizzo delle risorse disponibili.

Risposte

È necessario che la figura del MMG divenga protagonista credibile di quel mutamento di paradigma nell'approccio alla salute individuale e di popolazione (dall'attesa dell'acuzie e organizzazione della conseguente risposta assistenziale alla capacità proattiva, con particolare riferimento all'azione sui determinanti di salute), che va sotto il nome di *chronic care model*. Tale nuova funzione richiede, in particolare, capacità di lavoro in team multidisciplinare e per obiettivi di salute.

Tra le metodologie tipiche di questo approccio, si sottolinea in particolare il progressivo orientamento verso il coinvolgimento della comunità, l'educazione all'autogestione del paziente, l'abituale ricorso alle linee guida/raccomandazioni scientifiche disponibili, il supporto all'istituzione e gestione di Registri di patologia e la collaborazione alla costruzione di veri e propri Flussi informativi per l'assistenza primaria e per le cure intermedie. Così come indicato dall'Accordo integrativo regionale (AIR), è di particolare importanza che il MMG partecipi attivamente alla realizzazione dei Piani regionali di prevenzione. Tali indicazioni sono coerenti agli attuali indirizzi dell'OMS e del Ministero della Salute italiano. In tal senso andrebbero orientati sia il nuovo AIR e i conseguenti Accordi aziendali (che devono essere espressi in tutte le ASL regionali), sia la previsione di eventuali nuove forme associative, il cui obiettivo ultimo, sotto il governo del Distretto, deve sempre essere una più adeguata presa in carico della persona assistita e la garanzia della continuità assistenziale, nel segno dell'appropriatezza clinica e organizzativa. Il MMG deve riuscire a rappresentare, per il cittadino, un riferimento certo e costante che, oltre a risolvere le esigenze di livello primario evitando il ricorso incongruo al pronto soccorso o al



ricovero ospedaliero (anche integrandosi con altri professionisti infermieri, medici della continuità assistenziale, medici specialisti, assistenti sociali ecc.), lo aiuti a orientarsi rispetto ai diversi contesti assistenziali coerenti ai propri bisogni di salute, e ne curi, se necessario, i rapporti con i diversi attori dell'assistenza, attraverso lo scambio di tutte le informazioni utili alla sua corretta gestione. Diviene dunque irrinunciabile, a garanzia dei soggetti più fragili, la piena partecipazione del MMG alle Unità valutative per la caratterizzazione del bisogno e la pianificazione dell'assistenza nei diversi setting attivabili (ADI, Dimissione protetta, RSA ecc.). Rilevante risulta essere anche il tema dell'educazione continua in medicina, che, sempre nell'ottica del lavoro di rete, sarebbe auspicabile che il MMG affrontasse in condivisione con gli altri attori coinvolti nella gestione dei pazienti (infermieri, fisioterapisti, medici specialisti, farmacisti ecc.).

Per poter valutare compiutamente la validità dei modelli associativi esistenti o eventualmente attivabili, nell'arco del triennio di vigenza del presente Piano deve essere messo a punto un sistema informativo per l'assistenza primaria, al quale il MMG dovrà obbligatoriamente partecipare (debito informativo), contribuendo all'alimentazione di specifici indicatori di processo ed esito sui quali misurare il raggiungimento di obiettivi di salute concordati a livello regionale e locale, cui legare il riconoscimento della piena remunerazione prevista dall'AIR.

Per favorire la conoscenza dell'intera offerta assistenziale da parte dei MMG, la Regione si impegna a mettere a loro disposizione, anche on-line, gli elenchi aggiornati delle strutture e dei servizi che connotano la rete assistenziale sociale e sanitaria nel Lazio, nonché ad attivare a livello distrettuale specifiche funzioni (ad esempio, il Punto unico di accesso).

3.2 Pediatria di libera scelta

Quadro di riferimento

Un ruolo importante nella tutela della salute della popolazione in età evolutiva è affidato alla rete di Pediatri di libera scelta (PLS) diffusa su tutto il territorio nazionale. Questi specialisti gestiscono in modo globale la salute del bambino e dell'adolescente grazie alla presa in carico delle problematiche sanitarie tramite l'erogazione delle cure primarie (di base, organizzate o integrate), partecipando al servizio di continuità assistenziale. Il PLS si fa interprete dei reali bisogni di salute e li trasforma in appropriata domanda d'utilizzo delle risorse aziendali, con l'attivazione di corretti percorsi assistenziali che integrino la componente sanitaria territoriale e ospedaliera a quella sociale. Oltre all'attività diagnostica e terapeutica, la prevenzione di comunità (educazione sanitaria, ricerca epidemiologica, programmi di profilassi ecc.) e individuale (bilanci di salute, rimozione di



fattori di rischio modificabili, diagnosi precoce ecc.) rappresenta una delle componenti principali dell'attività territoriale del PLS.

Per quanto riguarda il servizio di PLS nel Lazio, tutti i bambini residenti in regione d'età compresa tra 0 e 6 anni risultano iscritti negli elenchi degli assistiti dei PLS. La proporzione di bambini e ragazzi appartenenti alla classe di età 7-13 anni, assistiti dal PLS, è pari a circa il 70%, ma con una variabilità notevole a livello delle singole ASL (l'84,3% nella ASL RME e il 49,8% nella ASL di Frosinone).

Lo sviluppo delle condizioni sociali e i progressi raggiunti nelle cure pediatriche hanno determinato un sensibile e costante miglioramento dello stato di salute della popolazione in età evolutiva e ormai da tempo si assiste alla netta riduzione di mortalità e morbosità associate a patologie acute. Le principali criticità per l'assistenza pediatrica sono soprattutto legate sia all'implementazione dell'aspetto preventivo dell'azione del PLS, per il miglioramento degli stili di vita, l'abbattimento della quota di eventi accidentali evitabili ecc; sia alla gestione delle malattie croniche, delle disabilità, dei disturbi dello sviluppo e delle situazioni di disagio sociale, che colpiscono una percentuale ridotta di bambini e adolescenti, ma che richiedono elevati standard di qualità di cure, continuità assistenziale e integrazione sociosanitaria, fattori per i quali l'attività del PLS è determinante.

Risposte

Al fine di favorire la *partecipazione del PLS al servizio di continuità assistenziale e integrazione multidisciplinare*, è necessario promuovere le diverse modalità associative tra professionisti, "in gruppo", "in associazione" o "in rete", nonché le forme integrative come le Unità territoriali di assistenza primaria (UTAP) o altre équipe territoriali multidisciplinari. Occorre inoltre incentivare gli accordi relativi ad un sistema di turnazione tra PLS che renda possibile la loro reperibilità nei giorni prefestivi e festivi.

Per quanto concerne il Punto nascita ospedaliero, gli operatori di questo servizio devono informare adeguatamente i neo-genitori sulla pediatria di famiglia e favorire l'opportunità di iscrizione al PLS fornendo informazioni sugli ambulatori, sulle modalità di lavoro e sulle prestazioni erogate.

È necessario inoltre promuovere l'integrazione tra ospedale e territorio, consentendo al PLS di inviare i propri assistiti alle Unità operative pediatriche ospedaliere di Osservazione breve (OB) e di partecipare attivamente alla loro gestione assistenziale durante il ricovero.


Per quanto riguarda la partecipazione alle procedure di verifica della *qualità delle prestazioni*, all'*individuazione e al perseguimento degli obiettivi del Distretto e all'elaborazione di raccomandazioni condivise*, si individuano i seguenti ambiti prioritari:

- qualità di lavoro: il PLS può promuovere iniziative per il miglioramento della qualità del servizio erogato fornendo alla ASL la Carta dei servizi che espliciti per esempio le modalità associative adottate, l'estensione dell'orario d'apertura, l'eventuale reperibilità, le attività per l'attuazione dell'integrazione sociosanitaria, la realizzazione sistematica dei bilanci di salute, la disponibilità di *self help* diagnostico presso l'ambulatorio ecc. Tale Carta potrà essere disponibile per i genitori al momento dell'iscrizione al PLS del proprio bambino;
- formazione e frequenza ospedaliera. Le Aziende sanitarie devono indirizzare le loro attività formative per i PLS sui seguenti temi: creazione di gruppi di revisione tra pari per la discussione di casi clinici e temi d'appropriatezza prescrittiva, stesura di raccomandazioni per la gestione di patologie pediatriche ambulatoriali, collaborazione con altre strutture territoriali o ospedaliere riguardo la stesura di raccomandazioni condivise, partecipazione diretta a protocolli di ricerca in pediatria territoriale ecc. Possono poi essere programmate frequenze periodiche presso un PS e UO pediatriche ospedaliere o universitarie;
- appropriatezza prescrittiva: vanno sviluppati da parte delle ASL sistemi di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva di farmaci e prestazioni specialistiche.

4. Centri di assistenza domiciliare, Assistenza domiciliare integrata

Quadro di riferimento

Tra i vari servizi territoriali, l'Assistenza domiciliare integrata (ADI) è in assoluto quello che maggiormente esprime il valore di prossimità alle esigenze dei soggetti che presentano necessità assistenziali più o meno complesse legate alla loro condizione di non autosufficienza. È inoltre il servizio che meglio si coniuga con i concetti di integrazione sociosanitaria e continuità assistenziale. È una forma di assistenza infatti che presuppone una presa in carico globale della persona, con interventi di natura sociale e/o sanitari a intensità variabile in funzione della complessità dei bisogni rilevati, consentendole di rimanere il più a lungo possibile all'interno del proprio ambiente di vita, con una migliore qualità della stessa e a costi assistenziali contenuti. Proprio in funzione di tali peculiarità è necessario riqualificare i servizi ADI mediante le seguenti azioni: la definizione di criteri espliciti di eleggibilità dei pazienti (per l'ingresso o le dimissioni); la definizione delle prestazioni erogabili e delle relative garanzie organizzative; l'implementazione della Valutazione multidimensionale (VMD) e l'adozione di uno strumento di VMD omogeneo a



livello regionale nella pratica quotidiana (assicurando che ogni richiesta di ADI venga vagliata da un'equipe valutativa multidisciplinare stabilmente insediata con la produzione di un Piano assistenziale individuale – PAI); il coinvolgimento attivo del MMG/PLS nell'intero processo di cura del paziente (dalla VMD alla condivisione del PAI); la disponibilità di tutte le figure professionali necessarie (almeno l'adeguamento agli standard di legge) e loro formazione specifica; la disponibilità di procedure relative a tutte le diverse fasi di analisi, presa in carico e gestione del caso; stabile collegamento e coordinamento dei Centri di assistenza domiciliare (CAD) con gli altri comparti assistenziali, di natura sanitaria e sociale; un sistema informativo in grado di fornire elementi utili alla valutazione del servizio, sia in termini di esiti di salute che di natura economica. Infine, da quanto rilevato attraverso indagini ad hoc, l'offerta di assistenza domiciliare nella nostra regione continua a presentare forti disomogeneità territoriali sia in termini di quantità che di qualità delle prestazioni resc. Tale condizione appare come una criticità rilevante per un servizio che si pone come il setting da privilegiare per la gestione di soggetti con fragilità manifeste e/o complessità assistenziali di intensità più o meno elevate.

Risposte

Il forte vincolo posto dal Piano di rientro, che porta a riorientare in modo deciso l'offerta dei servizi a tutela della salute dall'ospedale al territorio, si traduce nella necessità ormai improcrastinabile di avviare una compiuta riqualificazione delle attività in regime di ADI. Essa deve passare in primo luogo per una riorganizzazione dei CAD a partire dal mandato stesso del servizio. Si ribadisce infatti la necessità di definire con chiarezza i criteri di eleggibilità in ADI e di definire quali debbano essere i livelli assistenziali erogabili appropriatamente in questo setting e quali le relative garanzie organizzative. Il recente documento della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA del Ministero della Salute ("Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio", ottobre 2006) nonché il documento tecnico regionale relativo all'ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare, offrono alcuni strumenti per tale processo. In primo luogo si distinguono una serie di prestazioni sanitarie accomunate dalla definizione di "cure domiciliari di tipo prestazionale occasionale o ciclico programmato". Tali prestazioni (prelievi a domicilio anche periodici, cambio catetere, visite specialistiche ecc.) debbono necessariamente essere escluse dalle attività proprie dell'ADI quando richieste al di fuori di un Piano di cura multidisciplinare, mentre andrebbero assicurate attraverso altre agili forme assistenziali. Tale azione liberebbe gli operatori dei CAD dall'erogare prestazioni inappropriate per l'ADI permettendo loro di concentrare gli interventi sui casi effettivamente più complessi, a iniziare da quelli che necessitano di dimissioni protette. Altresì,



sempre nello stesso documento, vengono definiti quali sono i requisiti indispensabili per l'attivazione delle cure domiciliari e anche quali sono le condizioni organizzative irrinunciabili per un servizio di qualità: la valutazione globale dello stato funzionale del paziente attraverso sistemi di valutazione sperimentati e validati su ampia scala, standardizzati e in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali per l'elaborazione del PAI, permettendo, nel contempo, la definizione del case-mix individuale e di popolazione; la predisposizione del PAI; un approccio assistenziale erogato attraverso un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare che comprende anche operatori sociali; il monitoraggio periodico e la valutazione degli esiti; l'individuazione all'interno dell'équipe multiprofessionale di un responsabile del caso (case manager) che, in collaborazione con il MMG, orienta e coordina gli interventi in base a quanto definito nel PAI, compresa l'assistenza protesica e farmaceutica. L'ADI, in rapporto alla complessità dei bisogni rilevati e al livello di intensità assistenziale richiesto, per essere un servizio in grado di svolgere pienamente la propria funzione, dovrebbe essere in grado di garantire interventi fino ad un massimo di 7 giorni su 7 e con una reperibilità medica h 24. Attualmente nessun CAD della nostra regione è in condizione di assicurare direttamente una continuità assistenziale con tale copertura se non affidando a terzi (Centri di servizi privati) la gestione delle situazioni più complesse. Per ovviare a questa grave lacuna, diviene necessario garantire l'adeguamento del personale del CAD almeno a quei requisiti minimi che la normativa regionale vigente prevede, privilegiando per il raggiungimento di tale obiettivo la mobilità (previa opportuna specifica formazione) dai servizi e reparti ospedalieri in corso di rimodulazione. Inoltre, soprattutto per la gestione dei soggetti con bisogni assistenziali complessi e ad alta intensità assistenziale (fatto salvo quanto già indicato nella sezione Cure intermedie), si debbono coinvolgere, a supporto del personale CAD, risorse professionali specialistiche afferenti all'arca ospedaliera e della specialistica ambulatoriale territoriale attraverso una semplificazione delle procedure di accesso e/o utilizzando eventuali meccanismi incentivanti/disincentivanti resi disponibili dai contratti di categoria (ad esempio indennità di risultato). Accanto a tale azione, anche l'implementazione dell'uso della telemedicina per il monitoraggio dei soggetti in assistenza con necessità di controllo costante (continuo o subcontinuo) dei parametri vitali, consentirebbe un'ottimizzazione delle risorse disponibili. Deve essere inoltre perseguita, coinvolgendo il settore della medicina legale e gli uffici per l'approvvigionamento di beni e servizi, la massima semplificazione possibile per l'erogazione di ausili e protesi non personalizzati necessari all'attuazione dei PAI, non solo implementando la facoltà dei medici del CAD di poter essere prescrittori, ma assicurando forme di erogazione diretta di quanto necessario da parte della ASL, analogamente a quanto già avviene per alcuni farmaci da parte del servizio farmaceutico aziendale. Solo dopo aver privilegiato tali forme organizzative e

ribadendo che i ruoli di committenza e di governo del processo di cura restano propri del CAD, è possibile affidare anche a soggetti privati, specializzati nel settore, l'erogazione parziale o totale delle prestazioni contenute nel PAI, avviando a livello regionale, a garanzia e sicurezza dei pazienti, i necessari processi di accreditamento e l'opportuna regolamentazione dei relativi accordi contrattuali.

5. Cure intermedie (Residenze sanitarie assistenziali, Hospice, Presidi territoriali di prossimità)

Come già evidenziato, la transizione epidemiologica, fortemente determinata dai mutamenti demografici in corso, impone in modo ormai improrogabile il riorientamento dell'intera offerta assistenziale, volta non solo ad assicurare adeguate risposte agli eventi acuti correlati all'aumento della prevalenza e dell'incidenza di patologie cronico-degenerative, ma soprattutto a garantire efficaci strategie preventive e pro-attive (*chronic care model*), assicurando altresì l'attivazione di setting assistenziali che consentano di affrontare e gestire, in un'ottica di continuità delle cure, le problematiche di salute connesse agli esiti già manifesti della cronicità.

In tale contesto l'insieme delle cure intermedie, imperniato su strutture residenziali sotto il governo del Distretto, si pone come uno dei nodi chiave della rete dei servizi destinati a soggetti con problematiche assistenziali complesse e articolate, quali possono essere le persone in situazione di non autosufficienza più o meno grave. Affinché tale funzione possa essere compiutamente esercitata è necessario che sia realmente garantita la "continuità assistenziale", intesa come l'attivazione di specifici percorsi di cura attraverso l'adozione di opportuni strumenti di raccordo tra i diversi ambienti assistenziali, quali l'utilizzo della Valutazione multidimensionale (VMD) e la conseguente adozione di Piani assistenziali individualizzati (PAI) con la finalità di restituire alla persona le migliori condizioni di qualità di vita ottenibili anche facendo ricorso, laddove necessario, al case manager. Poiché un punto di estrema sofferenza del sistema assistenziale è rappresentato dai casi di particolare complessità e intensità assistenziale (ad esempio, nutrizione artificiale, ventilazione meccanica assistita, cure palliative), si sottolinea la necessità che ciascuna ASL garantisca - anche attraverso il ricorso a servizi centralizzati a livello aziendale per l'organizzazione delle cure (sul modello delle UO per la nutrizione artificiale) - percorsi di qualificazione professionale, strumenti di informazione, documentazione e valutazione (Registri di patologia) e adeguate risorse professionali, tecnologiche e organizzative per fornire, privilegiando l'ambito domiciliare, risposte sicure e qualitativamente adeguate a tali bisogni.



RSA

Quadro di riferimento

Le Residenze sanitarie assistenziali (RSA) sono state storicamente istituite con la finalità di fornire ospitalità e prestazioni sanitarie, socioassistenziali, di recupero funzionale e di inserimento sociale, nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o di riabilitazione di tipo intensivo. Attualmente nel Lazio le RSA sono divenute strutture nelle quali gli ospiti, con un'età media superiore agli 80 anni, finiscono per risiedere fino al decesso, oltrepassando i limiti temporali medi di assistenza previsti dalla normativa. Una recente indagine (2006) ha posto in evidenza come oltre il 72% degli ospiti risieda in RSA da più di 6 mesi e, di questi, più della metà vi permanga da oltre due anni. La complessità assistenziale è molto articolata e variabile: il 78% degli ospiti presenta una forma di deterioramento cognitivo medio o grave e il 57% presenta un carico assistenziale complessivo "impegnativo" o "molto impegnativo"; per contro, il 15,5% non presenta deficit funzionali di rilievo. Inoltre, nelle strutture ove non è presente un medico a copertura delle 24 ore, si registra un tasso di ricoveri ospedalieri quasi doppio rispetto alle strutture che garantiscono una qualche forma di guardia medica interna. L'attuale suddivisione delle RSA in rigidi livelli assistenziali e la conseguente modulazione della tariffazione in funzione di essi poco si coniuga con il case-mix assistenziale presente nelle strutture e l'effettivo assorbimento di risorse da esso generato. Altra funzione attualmente disattesa da parte delle RSA è quella semiresidenziale; infatti secondo la normativa vigente dovrebbe essere pari al 10% dell'offerta dei posti residenziali mentre attualmente è meno dello 0,2% e limitata ad una sola RSA. I collegamenti funzionali con i servizi territoriali sono quasi ovunque insufficienti e per lo più limitati all'azione di verifica in funzione della concessione di proroga da parte del CAD territorialmente competente. La distribuzione territoriale delle RSA è fortemente disomogenea e il numero di ospiti costretti a risiedere in strutture lontane dal proprio domicilio è alto (il 42% degli ospiti residenti nella città di Roma e il 44% di quelli della provincia di Latina risiedono in strutture al di fuori del proprio territorio di residenza). La quasi totalità delle strutture inoltre è a gestione privata.




Risposte

Alla luce di quanto rilevato appare necessario avviare un processo complessivo di riqualificazione e riorganizzazione delle RSA, in primo luogo attraverso la ridefinizione del ruolo che esse debbono effettivamente ricoprire. Se da un lato, infatti, deve essere fatta salva, a garanzia di chi non può usufruire di valide alternative, la possibilità di un'ospitalità a tempo indeterminato, dall'altro dovrebbe essere assolutamente privilegiata la finalità di effettivo luogo di cure intermedie. Ciò comporta la previsione di interventi assistenziali a tempo effettivamente determinato (max 60-180 gg), finalizzati al recupero o almeno alla stabilizzazione delle condizioni clinico/funzionali degli ospiti, favorendo, laddove possibile, il rientro degli stessi al proprio domicilio o, in alternativa, in strutture protette ubicate nel territorio di residenza che abbiano la caratteristica di residenze di tipo sociale di dimensioni familiari (max 10-12 persone), ove le eventuali prestazioni sanitarie possano essere garantite dai Centri di assistenza domiciliare. Una tale rimodulazione consentirebbe di realizzare nelle RSA un turnover attualmente impossibile, offrirebbe l'opportunità di attivare la funzione di ricoveri di sollievo (*respite care*), riducendo i tempi d'attesa per il ricovero e aumentando la qualità della vita degli ospiti e dei loro familiari. Sempre in quest'ottica potrebbero altresì essere attivati anche i previsti servizi semiresidenziali quale efficace alternativa all'istituzionalizzazione definitiva. In tal modo anche il fabbisogno reale di posti letto in RSA sarebbe ridimensionato in funzione delle effettive esigenze territoriali. Nelle more della ridefinizione del fabbisogno e tenendo conto della riconversione in atto di posti letto per acuti pubblici e privati prevista dal Piano di rientro, dovranno essere create nuove RSA prioritariamente in quelle ASL tuttora sensibilmente lontane dagli standard programmatori regionali.

In tali ASL dovrà altresì essere assicurata la presenza di almeno una RSA per Distretto, eventualmente prevedendone la collocazione nella forma di Nuclei all'interno degli istituendi Presidi territoriali di prossimità.

Rimandando all'apposita sezione la trattazione delle demenze si fa presente come, per quanto attiene alle necessità di natura residenziale, sarebbe opportuno che le RSA prevedessero Nuclei espressamente dedicati a persone con tali patologie in grado di offrire specifiche opportunità assistenziali, al momento delegate nella nostra regione a sole 3 strutture in regime sperimentale e con costi non trascurabili.

In ultima analisi, la riqualificazione delle RSA è possibile solo garantendo l'adozione permanente dell'approccio valutativo continuo, la disponibilità effettiva dell'intera gamma di professionisti necessari ad assicurare le cure e i diversi interventi riabilitativi, una maggiore dinamicità e flessibilità assistenziale e un più efficace coinvolgimento della figura del MMG, al quale per legge è demandata la responsabilità di cura.



È necessario quindi ridefinire con chiarezza i requisiti di eleggibilità degli ospiti (sia in ingresso che in dimissione) attraverso l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale validati che rispondano in primo luogo alla necessità di definizione dei PAI, ma che offrano anche l'opportunità di monitorarne l'attuazione attraverso valutazioni periodiche della qualità assistenziale nonché adeguate considerazioni di natura epidemiologica ed economica, anche mediante la registrazione dei dati di interesse in un sistema informativo. A tale scopo, facendo esperienza del progetto Mattoni del SSN sulla residenzialità, si prevede di avviare, entro il primo anno di vigenza del Piano, la sperimentazione di un sistema informativo dedicato, da implementare progressivamente in tutte le strutture residenziali, adottando un idoneo strumento per la valutazione del case-mix assistenziale (*Resource utilization groups* - RUG).

Hospice


Si intende, per Hospice, una struttura residenziale di ricovero e cura per persone che necessitano, nella fase terminale della loro vita, di cure palliative (soprattutto ammalati di tumore), che sia confortevole e rispettosa delle esigenze degli ammalati e dei loro familiari. La struttura si avvale di personale qualificato in grado di assicurare un'assistenza personalizzata rivolta alla cura del dolore e degli altri sintomi: l'équipe assistenziale è formata da medici e infermieri, psicologi, assistenti sociali, nonché dalle organizzazioni di volontariato e da altre figure professionali. La famiglia è coinvolta e partecipa alle cure con le modalità che ritiene possibili e sostenibili. L'Hospice costituisce un'alternativa alle cure domiciliari allorché questa soluzione non sia praticabile.

Nella nostra regione operano 12 strutture che erogano tale funzione assistenziale collocate in 6 ASL, mentre le altre 6 si trovano in una condizione di carenza assoluta di questa tipologia assistenziale (RMB, RMC, RMF, RMG, Latina e Frosinone).

Quadro di riferimento

La qualità della vita nelle persone con una malattia in fase terminale è fortemente correlata con la possibilità di accedere alle cure palliative, siano esse erogate a domicilio o in strutture dedicate. La nostra regione è attualmente carente in questo specifico settore assistenziale, e la quasi totalità delle strutture presenti è a gestione privata, con una distribuzione non omogenea nel territorio. Inoltre scarsa è l'integrazione con gli altri servizi della rete territoriale e ospedaliera, le modalità di accesso e i percorsi per l'utenza sono confusi.

Non si dispone altresì di un sistema informativo dedicato, e ciò rende difficili valutazioni di qualità, efficacia ed efficienza di tale servizio. Infine l'attuale normativa vigente a livello regionale (D.G.R. n. 315 dell'11 aprile 2003) necessita di un'approfondita valutazione di congruità.




Risposte

In primo luogo è necessario promuovere un approccio olistico alla definizione del modello assistenziale, che deve essere fondato sulla valutazione transdisciplinare, la pianificazione personalizzata dell'assistenza, la promozione e lo sviluppo di una cultura positiva delle fasi terminali della vita, garantendo la dignità della persona anche in questo specifico e doloroso frangente.

È necessario inoltre favorire una ricomposizione organizzativa delle funzioni ospedaliere, territoriali e residenziali a garanzia della specificità e continuità assistenziale del paziente terminale. Sulla base dell'applicazione dello standard programmatico attualmente adottato dalla Regione (10 p.l. ogni 100.000 abitanti), i posti residenziali attualmente disponibili in Hospice rappresenterebbero meno della metà di quelli stimati come necessari (198 esistenti rispetto ad un fabbisogno stimato di 530). Se si considera invece lo standard previsto dalla proposta di Regolamento disposto dal Ministero della Salute (almeno 1 p.l. ogni 56 deceduti per patologia tumorale), la differenza tra i posti letto da attivare e quelli già esistenti risulterebbe più contenuta (circa 70 p.l.). Ciascuna ASL dovrà pertanto verificare l'effettivo fabbisogno di posti residenza in Hospice e valutarne la più opportuna distribuzione territoriale (favorendo la migliore accessibilità e contiguità all'ambiente di vita), attraverso l'analisi dei dati epidemiologici disponibili.

La valutazione del fabbisogno assistenziale per i malati terminali accolti in strutture residenziali di tipo Hospice è inoltre strettamente connessa al livello di offerta assistenziale perseguibile a domicilio, e, come già accennato, in questo specifico settore è opportuno verificare la congruità di quanto attualmente previsto dalla normativa regionale vigente (D.G.R. n. 315 dell'11 aprile 2003), che riconosce la possibilità di assistere fino a 3 pazienti a domicilio per ogni posto residenziale autorizzato/accreditato.

Il potenziamento dell'offerta residenziale in Hospice dovrà comunque avvenire in linea con quanto previsto dal Piano di rientro, privilegiando la riconversione di strutture pubbliche e private accreditate, laddove compatibile con la destinazione d'uso finale e, nella fase transitoria, favorendo la differenziazione dell'offerta nelle RSA. In tal senso, tenendo conto dell'attuale assoluta carenza di tale modalità assistenziale nei loro territori, nelle ASL RMB, RMC, RMF, RMG, Latina e Frosinone dovrà essere attivato inizialmente almeno un Hospice per ciascuna Azienda, prevedendone eventualmente la collocazione all'interno degli istituendi Presidi territoriali di prossimità. Dovrà inoltre essere riformulato il modello di remunerazione sperimentale tuttora applicato, che prevede una tariffa unica indipendente dalle necessità assistenziali dei pazienti; tale tariffa peraltro non è modificabile in relazione alla tipologia di assistenza erogata (domiciliare,



residenziale). A tal fine si prevede di avviare entro il triennio di vigenza del Piano la sperimentazione di un sistema informativo che permetta di registrare le attività delle strutture, sia per monitorare la qualità dell'assistenza offerta che per le opportune valutazioni di natura economica.

PTP

I Presidi territoriali di prossimità (PTP) sono strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale (con particolare valorizzazione della figura dell'infermiere-case manager) destinate a trattare persone affette da patologie cronico-degenerative in fase non acuta e con esigenze diversificate, che in passato afferivano alla tradizionale degenza ospedaliera. La tipologia di assistenza erogata possiede caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero e le altre risposte assistenziali domiciliari (ADI) o residenziali (RSA) alle quali non si pone in alternativa, ma piuttosto in un rapporto di forte integrazione e collaborazione, rappresentando uno snodo fondamentale della rete di assistenza territoriale. Il PTP, che nella sua funzione residenziale raccoglie le esperienze maturate sia a livello internazionale che nazionale (ospedali di comunità), assiste in regime residenziale quei soggetti che, spesso appartenenti alle fasce più deboli della popolazione (anziani, fragili), sono affetti da riacutizzazione di patologie croniche che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica che sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio.

Quadro di riferimento

I crescenti bisogni di salute espressi dalle persone affette da patologie cronico-degenerative e la conseguente necessità di sviluppo di *long term care* rispetto all'*acute care* non possono più trovare una risposta appropriata e adeguata nell'ospedale per acuti.

La fase di transizione, che investe attualmente la nostra regione, da un sistema centrato culturalmente e strutturalmente sull'ospedale ad un servizio sanitario maggiormente articolato ed equilibrato, in cui deve essere riservato al territorio uno spazio sempre più ampio, nel governo clinico e nella garanzia delle cure appropriate, e il Piano di rientro dal debito, che costituisce un pesante vincolo per il SSR, impongono una profonda revisione organizzativa e funzionale complessiva e un potenziamento del sistema delle cure primarie e intermedie. Luogo privilegiato di questa trasformazione è il Distretto, che dovrà sempre più essere in grado di farsi carico di quelle necessità assistenziali attualmente soddisfatte incompiutamente e impropriamente dalle strutture ospedaliere per acuti.



Risposte

Il PTP, inteso quale spazio fisico riconoscibile e strumento operativo del Distretto, è caratterizzato essenzialmente dalla funzione di assistenza residenziale di natura medico-infermieristica in grado di offrire una risposta sanitaria alla popolazione, in integrazione con gli altri servizi territoriali e ospedalieri, a situazioni con valenza prevalentemente sanitaria relative a persone affette da patologie croniche, appartenenti a fasce deboli della popolazione. In particolare il PTP potrà garantire ricoveri a tempo definito (15-20 gg max), assicurando, mediante l'elaborazione di piani assistenziali personalizzati, la presa in carico di:


- situazioni cliniche post-acute in fase di progressiva stabilizzazione;
- interventi diagnostici che necessitano di condizioni protette o di prolungata presenza;
- riacutizzazione di patologie cronico-degenerative.

Tali condizioni, per essere eleggibili, dovranno essere caratterizzate da instabilità clinica a bassa-media complessità, ma a media-alta intensità assistenziale, necessitanti monitoraggio permanente in regime residenziale (ad esempio cambiamento terapia; fasi di scompenso non grave; fase post-dimissione in assenza di possibilità, temporanea o permanente, di adeguato supporto domiciliare).

Inoltre il PTP, nella sua articolazione più ampia (strutturale e/o funzionale), potrà integrare, secondo un'organizzazione modulare e flessibile, le funzioni specialistiche ambulatoriali, altre funzioni residenziali (nuclei RSA, Hospice), semiresidenziali (centri diurni), domiciliari (ADI) e potrà inoltre essere sede del Punto unico di accesso sociosanitario (anche con la presenza di assistenti sociali del Municipio/Comune).

Dal punto di vista dei requisiti funzionali e organizzativi, il PTP deve assicurare:

- la funzione di direzione sanitaria esercitata da un dirigente medico di Distretto ad essa preposto;
- la funzione di degenza nelle 24 ore (circa 10-30 posti letto), a gestione infermieristica (con presenza h 24) e assistenza medica prestata, secondo specifici accordi, da medici di medicina generale, o al bisogno da medici specialisti e medici della continuità assistenziale;
- la presenza di un punto di primo soccorso operativo nelle 24 ore con assistenza prestata da medici ospedalieri e/o medici della continuità assistenziale, collegata comunque al Sistema dell'emergenza-urgenza 118;
- la funzione specialistica ambulatoriale, con la presenza e reperibilità di medici ospedalieri e/o specialisti ambulatoriali nelle 12 ore;
- le attività diagnostiche di base disponibili anche per il territorio (radiologia e laboratorio);
- il servizio farmaceutico;
- il collegamento in telemedicina con centri di riferimento;

- 
- uno specifico sistema informativo dedicato.

Altre attività, nel rispetto delle opportune garanzie assistenziali e di sicurezza dei pazienti, potranno aggiungersi al Presidio, quali ad esempio funzioni di day hospital multispecialistico, day surgery.

Dal punto di vista organizzativo, la responsabilità della struttura è affidata ad un medico dipendente in organico al Distretto, mentre la responsabilità clinica del paziente è del medico di medicina generale, operante in team con gli altri professionisti coinvolti nell'assistenza.

Data la peculiarità della nostra regione, caratterizzata dalla presenza dell'area metropolitana della capitale, si prevede che l'attivazione dei PTP avvenga con modalità strutturali, organizzative e funzionali flessibili, demandate a ciascuna ASL, privilegiando la riconversione di strutture pubbliche e nel rispetto dei requisiti minimi sopra elencati. Si indica, quale dotazione minima, la presenza di un PTP per ciascun Distretto. In aree densamente popolate, quali le ASL RMA (Distretto 4), RMB (Distretti 1, 3 e 4), RMC (Distretto 4), RMD (Distretto 2), RME (Distretto 3) e il Distretto di Latina e Frosinone, potranno sin dall'inizio della fase sperimentale essere attivati due PTP. La Regione si impegna, al termine del triennio, a compiere una valutazione complessiva e ad attivare eventuali altre strutture in aree territoriali le cui caratteristiche demografiche e geografiche lo giustifichino.


Sarà inoltre necessario costruire e rendere operativo uno specifico sistema di indicatori per la valutazione dell'attività di queste strutture.

6. Continuità assistenziale e dimissioni protette

Quadro di riferimento

La condizione di malattia, nella pratica quotidiana, viene ricondotta prevalentemente ad un quadro clinico determinato e, avvalendosi di sistemi classificatori e tassonomici, ad un problema perlopiù d'organo. Questo metodo riduzionista favorisce al contempo l'approccio specialistico e la medicalizzazione di condizioni anche non strettamente sanitarie.

Il cittadino, inoltre, riceve risposte costituite da singole prestazioni che possono anche essere caratterizzate da elevato livello professionale e tecnico, ma che spesso risultano frammentarie e



contraddistinte da una discontinuità degli interventi, sia all'interno del particolare ambito specialistico che tra i diversi livelli assistenziali.

In assenza di un efficiente coordinamento tra i livelli assistenziali e i diversi operatori si crea un vuoto assistenziale, percepito dal paziente come abbandono istituzionale. Non è infrequente che il paziente o i suoi familiari debbano cercare da soli la via per la prosecuzione delle cure, costruendo da sé il seguito del percorso assistenziale spesso senza un reale orientamento né sulle opportunità praticabili né sull'appropriatezza delle stesse. Il fenomeno dei ricoveri ripetuti a breve termine (nel 2004 tra gli anziani della nostra regione si sono registrati circa 42.000 nuovi ricoveri acuti entro 30 giorni da una precedente dimissione dall'ospedale) appare un indicatore significativo del problema. Se la prospettiva futura vede le strutture ospedaliere, caratterizzate da un sempre più elevato livello di specializzazione, erogare un'assistenza sanitaria ai pazienti soprattutto nella fase acuta della malattia, è ancora più essenziale disporre di una funzione che possa fungere da cerniera tra la realtà ospedaliera e quella territoriale, e che agisca da garante della continuità delle cure soprattutto per quei soggetti "complessi" perché portatori di polipatologie cronico-degenerative e/o non autosufficienti.

Accanto a diversi modelli come il *disease management*, in cui si sperimentano percorsi diagnostici innovativi centrati sul consulto medico-specialistico e sulle forme di assistenza domiciliare per malattie croniche, la continuità assistenziale deve potersi avvalere di strumenti di integrazione di servizi sociali, sanitari, educativi e di contesto mediante lo sviluppo e l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione all'interno di un sistema di reti.

Nella sua definizione più stretta, e se vogliamo fuorviante, il servizio di continuità assistenziale assicura le prestazioni sanitarie non differibili ai cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza e si avvale dei medici di continuità assistenziale che operano con un rapporto ottimale, stabilito dall'ultimo Accordo collettivo nazionale, di un medico ogni 5.000 abitanti.

Nella sua accezione più vasta la continuità assistenziale va intesa come "continuità delle cure" e rappresenta una nuova frontiera attraverso la quale si realizza l'integrazione fra diverse componenti del sistema sanitario e la risposta al bisogno di "non interruzione" del processo assistenziale. In estrema sintesi i percorsi di cura non possono completarsi all'interno dell'ospedale né identificarsi con l'assistenza offerta dalle cure primarie, ma necessitano di un'integrazione fra livelli assistenziali di diversa intensità e complessità. Organizzare servizi di continuità assistenziale significa individuare modalità di raccordo e di relazioni stabili fra assistenza ospedaliera e cure territoriali, nel rispetto delle peculiari specificità dei singoli ambiti assistenziali. Il tema della continuità assistenziale è stato oggetto di numerosi richiami in alcuni documenti istituzionali, tra cui

il Piano sanitario nazionale 2006-2008 (ottobre 2006), il Protocollo di intesa tra Governo e Regioni sul Patto per la salute (settembre 2006) e il New Deal della Salute, promosso dal Ministro della Salute (giugno 2006).

Risposte

La continuità assistenziale non prevede, di per sé, una sovrapposizione strutturale, ma piuttosto uno sviluppo funzionale e organizzativo, che orienti e faciliti il percorso del cittadino, ponendo in relazione tra loro strutture e professionisti ospedalieri e territoriali.

La continuità assistenziale è un concetto *dinamico* che supera gli aspetti prestazionali e meramente riparativi sino ad oggi preponderanti in ambito sanitario, sia a livello ospedaliero che territoriale. Il superamento culturale della concezione dell'azione sanitaria così come prevalentemente si configura nell'attività quotidiana costituisce la condizione per indirizzare i sistemi sanitari verso una visione olistica del bisogno.

Il concetto di continuità sviluppa intrinsecamente l'idea di *bidirezionalità*, dove per continuità va intesa la realizzazione di un percorso "sicuro" nella fase di convalescenza del soggetto, dall'ospedale per acuti al territorio, ma anche il percorso inverso, vale a dire dal territorio all'ospedale o ad altro setting assistenziale. La struttura ospedaliera si andrà sempre più caratterizzando verso l'assistenza di pazienti nella fase acuta della malattia, con necessità di elevato livello di specializzazione, di un ampio impiego di tecnologia e riduzione dei tempi di degenza; l'utente medio tenderà sempre più ad essere un soggetto acuto, in età avanzata e polipatologico (e, probabilmente, portatore di una o più disabilità).

In questa regione, dunque, l'ospedale deve acquisire la connotazione di una risorsa cui ricorrere quando sia strettamente indispensabile e solamente per il tempo necessario; ne consegue l'obbligo di prevedere una rete territoriale in grado di fungere da filtro negli ingressi, che selezioni sulla base di requisiti predefiniti i pazienti per i quali è richiesto il ricorso alle cure ospedaliere e sia in grado di accogliere in tutti i livelli delle cure intermedie il paziente post-acuto.

Indipendentemente dal setting in cui un soggetto con problematiche assistenziali "complesse" è allocato, gli elementi chiave per la continuità assistenziale sono individuati nei seguenti punti:


- valutazione globale dei bisogni assistenziali mediante la consolidata metodologia della Valutazione multidimensionale (VMD);
- stesura di un Piano assistenziale individuale (PAI);



- identificazione del case manager del soggetto con assunzione diretta della responsabilità non tanto dei singoli atti terapeutici o assistenziali, quanto dell'intero processo assistenziale (presa in carico);
- garanzia di continuità delle informazioni attraverso un linguaggio condiviso tra i diversi setting assistenziali, il trasferimento delle informazioni e l'accessibilità di tutti gli attori ai dati di interesse, l'utilizzo di strumenti di valutazione condivisi e integrabili;
- definizione di procedure chiare e condivise tra i vari professionisti e attori coinvolti nel processo di cura per la gestione di percorsi assistenziali, con esplicitazione dei ruoli e dei compiti ma anche con la necessaria flessibilità organizzativa.

Nello specifico delle dimissioni protette, per realizzare la continuità assistenziale fra l'ospedale e il domicilio del paziente è dunque essenziale integrare i medici di famiglia singoli o associati con la realtà distrettuale, con gli specialisti e gli altri professionisti della salute, con i medici di continuità assistenziale e con gli operatori del 118, oltre che intensificare e migliorare le varie forme di assistenza domiciliare. Lo sviluppo delle cure primarie presuppone anche un'accurata revisione dei modelli assistenziali della professionalità infermieristica, con l'acquisizione di competenze specifiche e diversificate quali quelle richieste dal ruolo di case manager. La figura dell'infermiere è proprio quella che, ponendo in essere un approccio sistemico all'assistenza, rappresenta in questo contesto l'interfaccia privilegiata tra l'utente, i curatori informali (caregiver), i diretti attori dell'équipe di cura (MMG, Distretto) e le risorse formali e informali presenti nella comunità, costituenti la rete.

Il ruolo centrale delle équipe di cure primarie nel soddisfacimento della richiesta di continuità assistenziale da parte del cittadino è stato ribadito del tutto recentemente nel Documento di presentazione della proposta di riorganizzazione delle Cure primarie presentato dal Ministro della Salute, nel quale si dà ampio spazio ad una serie di punti di forza del nuovo sistema, tra cui la garanzia della continuità assistenziale per 24 ore e 7 giorni su 7, il potenziamento delle forme associative dei MMG, la promozione delle "Case della salute" (intese nell'accezione più ampia del modello, che nella nostra regione viene identificato come Presidio territoriale di prossimità, luogo materiale di ricomposizione dei processi di cura e delle attività di prevenzione), l'istituzione in ogni ASI dei Dipartimenti di cure primarie, il potenziamento dell'assistenza domiciliare fino all'ospedalizzazione a domicilio, quando occorra. Il governo della continuità assistenziale è affidato al Distretto, che rappresenta l'unità territoriale di riferimento dell'organizzazione dei servizi e della presa in carico.




I percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nei quali è indispensabile che si realizzi il modello di continuità assistenziale, e per i quali le ASL dovranno sviluppare specifici progetti, sono individuati nei seguenti punti:

- dimissioni protette per pazienti fragili e/o complessi;
- percorsi riabilitativi integrati (ictus, frattura di femore, patologia cardiovascolare);
- cure palliative;
- gestione integrata dei pazienti con patologie croniche (ad esempio neoplasie, diabete, insufficienza respiratoria cronica) e con problematiche ad alta intensità assistenziale (ad esempio sclerosi laterale amiotrofica);
- gestione integrata del paziente con disturbi cognitivi e del comportamento (demenze senili e Alzheimer).

7. Sistemi di remunerazione

Il finanziamento delle attività di assistenza sanitaria rappresenta una rilevante quota del bilancio regionale e incorpora incentivi in grado di condizionare le modalità di erogazione delle prestazioni erogate e le caratteristiche stesse della qualità assistenziale. È quindi fondamentale per gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale adottare sistemi di remunerazione in grado di favorire l'equità distributiva, l'efficacia e l'efficienza, aggiornati rispetto ai costi di produzione e in grado di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili.

I vincoli posti dalla normativa nazionale (leggi finanziarie, D.M. 12 settembre 2006 "Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie"), dagli Accordi Stato-Regioni (Intesa del 23 marzo 2005) e dalla normativa regionale (Legge finanziaria 2007 e Piano di rientro approvato dalla Giunta Regionale nella seduta del 12 febbraio 2007) impongono l'obbligo di garantire l'equilibrio economico-finanziario, di razionalizzare la rete ospedaliera, di ricondurre ai parametri di riferimento il numero di posti letto e i tassi di ospedalizzazione, di perseguire l'appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni, e di favorire la diffusione di forme alternative al ricovero. Si rende pertanto improcrastinabile nel Lazio la tempestiva revisione dei sistemi di remunerazione orientata al raggiungimento di questi



obiettivi. In particolare, la Legge finanziaria regionale 2007 sancisce la rimodulazione del sistema di remunerazione volta a ridurre la spesa per le strutture private accreditate.

Le problematiche sono differenziate rispetto alle diverse tipologie di prestazioni. Infatti, mentre le tariffe dei ricoveri per acuti sono state aggiornate sulla base di una specifica rilevazione dei costi di produzione (D.G.R. n. 143 del 22 marzo 2006), le tariffe delle altre prestazioni (riabilitazione, lungodegenza, prestazioni specialistiche ambulatoriali, pronto soccorso, ricoveri in RSA) sono state fissate in passato senza una preventiva verifica dell'assorbimento di risorse (e, per alcune prestazioni, senza valutare i costi di attesa o non prevedendo differenziazioni tra diversi livelli assistenziali o regimi di ricovero), oppure esclusivamente in base alle tariffe stabilite a livello nazionale (D.M. 30 giugno 1997)..

La ridefinizione del complessivo sistema regionale di remunerazione dell'attività sanitaria mira ad assicurare:

- il rispetto dei vincoli finanziari previsti dalla normativa nazionale e regionale;
- l'equità distributiva nell'allocazione delle risorse;
- una corretta remunerazione dei singoli erogatori;
- la coerenza dei sistemi relativi alle specifiche tipologie di prestazioni;
- la possibilità di predisporre un'adeguata e tempestiva rendicontazione.

Si prevede di attivare specifici interventi relativi alla revisione periodica degli elenchi delle prestazioni, sia al fine di aggiornarli rispetto alla pratica clinica corrente, sia per adeguarli alle prescrizioni del D.P.C.M. del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e dei previsti aggiornamenti nonché dell'atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie di cui al DPCM 14 febbraio 2001.

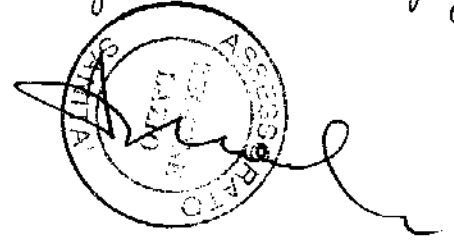


ALL. n° 2
ALLEG. alla DELIB. N. 433 M

19 GIU 2007



Il presente allegato
è composto da n° 2 pag.



MINISTERO DELLA SALUTE
MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Lazio per l'approvazione del Piano di rientro dai disavanzi e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311

Rif. Nota Regione Lazio : Dott. Grippa invio 14 giugno 2007 ore 16.54

Provvedimento relativo agli obiettivi 2.1.4. e 2.1.3 - Bozza DGR "Indicazioni e interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e sociosanitarie. Incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione nella Regione Lazio".

**Inviata per preventiva approvazione
Scadenza 31 marzo 2007**

La bozza di provvedimento è relativa agli interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e socio sanitarie nel quadro dei processi di deospedalizzazione, in riferimento gli obiettivi 2.1.4. e 2.1.3. del Piano di rientro.

La Bozza di delibera in oggetto accoglie le modifiche ed integrazioni richieste dai Ministeri con nota del 7 giugno 2007 ore 16,43.

Si approva facendo presente il ritardo nell'invio, data la scadenza prevista dal piano di rientro al 31 marzo 2007.

Si comunica, di concerto con il Ministero dell'economia e finanze, tenuto conto che, si tratta di provvedimento necessario ai fini del rispetto delle scadenze previste in materia quanto segue :

LA PROPOSTA DI DELIBERA E' APPROVATA

Il Direttore Generale della
programmazione sanitaria
dei livelli di assistenza e dei
principi etici di sistema
Dott. Filippo Palumbo

Roma, 15.06.2007

