



## PREMESSA

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

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

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

Su tali considerazioni si basa la scelta della Regione Lazio di promuovere una rete di strutture territoriali organizzate per livelli di complessità assistenziale che sono state denominate Case della salute collegate tra loro, con le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, con le Unità di Cure Primarie esterne alla struttura, con le farmacie pubbliche e private, e con gli altri presidi presenti sul territorio per garantire un'offerta di servizi tale da assicurare l'efficace presa in carico dei cittadini ed il coordinamento delle risposte da garantire loro. Per raggiungere questi obiettivi i Software della cartella orientata per problemi (CMOP) della medicina generale dovranno essere in *cloud*; la piattaforma SIAT dovrà integrarsi con gli applicativi in uso nella medicina generale. L'integrazione è altresì prevista per i sistemi informativi SIO, SIES e per il sistema TS (ex art. 50/2003).

↳ vive l'osservazione precedente FIMMG +  
Tali indicazioni sono propedeutiche all'arrivo del SIAT

### PARTE PRIMA: IL MODELLO ORGANIZZATIVO

#### 1. Il quadro normativo e programmatico regionale

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

- DGR 315/2011 "Il Punto Unico di Accesso sociosanitario integrato nella Regione Lazio- Linee d'Indirizzo";
- DPCA 39/2012 "Assistenza Territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane, e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale";
- DGR 313/2012 "Riqualificazione dell'Assistenza Territoriale e valorizzazione del ruolo del Distretto. Approvazione del documento "Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del Distretto";

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

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

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

La Casa della salute (Cds), articolazione del Distretto sanitario, è un luogo fisico immediatamente riconoscibile dai cittadini, in grado di erogare l'assistenza primaria e, se presenti moduli aggiuntivi, l'assistenza intermedia, che si colloca e si connette con l'ospedale e con gli altri servizi territoriali. Obiettivo della CdS è un'efficace presa in carico del paziente, in particolare del paziente cronico, in grado di ridurre gli accessi impropri al P.S. ed i ricoveri ripetuti in ospedale. Nella CdS operano medici del distretto, medici di medicina generale ed in alcune realtà pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, medici della medicina dei servizi, medici specialisti territoriali e ospedalieri (che garantiscono anche le attività di diagnostica strumentale), psicologi, infermieri oltre ad operatori dedicati alle attività di accoglienza (PUA,

In alcune realtà operati  
Pediatra di Libera  
Scelta.

CUP ecc.) e ad altre figure professionali in relazione alle specificità dei singoli territori. Per ciascuna delle CdS è previsto un Regolamento di funzionamento della struttura, sulla base degli indirizzi di cui al presente documento, che sarà concordato all'interno del Comitato aziendale permanente per la medicina generale.

### Modalità organizzative

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

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

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

- La medicina generale, come previsto dall'Accordo collettivo nazionale, dall'Accordo integrativo regionale e dalle successive modifiche e integrazioni
- L'assistenza specialistica ambulatoriale con particolare riferimento alle discipline di cardiologia, ginecologia, pneumologia, diabetologia, oculistica, otorinolaringoiatria, chirurgia generale ed eventualmente angiologia, neurologia, malattie dell'apparato digerente *OK*
- Ambulatorio infermieristico
- Attività di diagnostica strumentale di primo livello (Le prestazioni potranno anche essere garantite attraverso rapporti con strutture pubbliche e private accreditate vicine alle case della salute attraverso intese nelle quali siano specificate le prestazioni necessarie e le modalità di comunicazione tra le strutture).
- Area dell'accoglienza
- Sportello CUP e relativa funzione di prenotazione delle indagini ed approfondimenti eventualmente richiesti
- PUA
- Area della sorveglianza temporanea
- Area del volontariato e della mutualità
- Presenza o raccordo funzionale con la postazione più vicina del punto di soccorso mobile 118, dotato di personale medico a bordo presente 24 ore su 24

I moduli aggiuntivi comprendono:

- Area delle cure intermedie ad elevata intensità assistenziale infermieristica
- Assistenza ambulatoriale complessa (ad es. chirurgia ambulatoriale, Day service successivamente all'emanazione di specifici provvedimenti regionali)
- Centri territoriali per le demenze
- Centri antiviolenza

- Assistenza farmaceutica (a tale riguardo vedi anche rapporti con le farmacie territoriali)
- Attività fisica adattata
- Funzione ambulatoriale dedicata al trattamento del dolore cronico, nell'ambito delle specifiche reti
- Per le Case della Salute di maggiori dimensioni, con moduli funzionali aggiuntivi come successivamente descritto, nelle aree non metropolitane, può essere previsto un punto di primo intervento in collegamento con i più vicini Pronto Soccorso e DEA.

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

### Modalità di accesso

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

#### A) diretto

L'accesso diretto è consentito per le seguenti attività:

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

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

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

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

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

### **ACCOGLIENZA**

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

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

### **PERCORSI ASSISTENZIALI**

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

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

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

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

### **CASE MANAGEMENT**

Presso la Casa della Salute è attivata la funzione di Case management. Tale funzione è riferibile al "processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure, valutazione ed advocacy delle scelte e dei servizi, che agevolino i bisogni sanitari generali dell'individuo e della famiglia, attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, al fine di promuovere outcome di qualità, con un buon rapporto costo-efficacia" (CMSA, 2010).

Le fasi principali del processo di case management includono:

1. Identificazione e selezione dell'utente: selezione degli utenti che potrebbero beneficiare delle prestazioni del case management. Questa fase dovrebbe includere l'ottenimento del consenso per le prestazioni di case management, se appropriato.

2. Identificazione e valutazione del problema/opportunità: inizia dopo il completamento della selezione del caso e l'immissione all'interno del case management e avviene secondo la necessità e per il tempo necessario. Nella maggior parte dei casi la valutazione sarà svolta dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale

3. Sviluppo del piano di assistenza individuale (PAI): stabilire gli obiettivi dell'intervento e stabilire la priorità dei bisogni del paziente, così da determinare la tipologia di prestazioni e le risorse che sono necessarie, al fine di raggiungere gli obiettivi stabiliti o i risultati desiderati.

4. Sviluppo e coordinamento delle attività di cura: attuazione del PAI.

5. Valutazione del PAI e follow-up

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

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

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

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

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

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

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

Sono definiti i rapporti delle singole CdS con :

1. La rete dei Medici di medicina generale operanti nel territorio di competenza in forma associata (UCP o altre forme associative) o individuale. La Casa della salute, come le UCP o altre forme organizzative della medicina generale, è presente nella Carta dei Servizi aziendale.
2. Le farmacie territoriali pubbliche ed anche quelle convenzionate, queste ultime ai sensi della Legge n.69 del 18 giugno 2009 e successivi decreti attuativi, possono assicurare assistenza farmaceutica presso il domicilio di pazienti non autosufficienti nell'ambito dei PDTA individuati dalla Casa della Salute di riferimento e di specifici accordi aziendali

---

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

3. I poliambulatori pubblici e privati accreditati
4. Gli altri servizi distrettuali e aziendali, con particolare riferimento ai Centri di assistenza domiciliare (CAD), la cui ubicazione presso le CdS è raccomandata
5. Le strutture residenziali e semiresidenziali

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Dirigente medico di distretto:

- è responsabile della struttura per gli aspetti igienico-sanitari e per quelli organizzativi e gestionali;
- cura, in collaborazione con il Coordinatore dei Medici di medicina generale e il Dirigente Infermieristico di Distretto (o figura analoga) l'applicazione del regolamento interno sull'ordinamento e sul funzionamento della struttura;



- ricare del*
- cura, ~~in collaborazione con il coordinatore dei Medici di medicina generale, i turni di presenza dei Medici di medicina generale, i turni degli specialisti ambulatoriali ed in generale del personale assegnato~~ *RECUSA*
  - verifica, sulla base delle relazioni del coordinatore dei Medici di medicina generale, che la presa in carico dei pazienti cronici avvenga secondo i PDTA elaborati
  - assicura e verifica l'effettiva integrazione tra la CdS e le Aziende o i Presidi Ospedalieri, i Servizi di Assistenza Domiciliare, i Servizi Aziendali (farmaceutico, assistenza protesica, medicina legale ecc.), le Strutture Residenziali (strutture residenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, Hospice), l'Ente Locale
  - è responsabile del debito informativo
  - in accordo con il Direttore di Distretto e con il Coordinatore dei Medici di medicina generale assegna agli operatori e dirigenti gli obiettivi individuali e di équipe e provvede alla successiva valutazione

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

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

#### **Infermiere coordinatore**

L'Infermiere coordinatore di distretto:

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

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

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

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

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

Le modalità organizzative con le quali i Medici di medicina generale prestano la loro opera all'interno delle CdS possono prevedere una forma di turnazione aggiuntiva (o a completamento orario) dei Medici di medicina generale delle UCP o degli altri medici di medicina generale presenti nel territorio. In particolari contesti, potrà essere valutata, da parte del Comitato aziendale permanente per la medicina generale, l'elezione della CdS quale sede esclusiva delle attività anche a favore dei propri assistiti, oppure modelli misti.

I servizi di continuità assistenziale operano nella casa della salute assicurando una risposta ai bisogni assistenziali espressi dai cittadini negli orari e nei giorni non coperti dai Medici di assistenza primaria, con le modalità stabilite dall'ACN vigente. Garantiscono inoltre la propria attività anche all'interno della casa della salute a favore di assistiti che si rechino presso la struttura, o di quelli in essa assistiti se presente una area delle cure intermedie ad elevata intensità assistenziale infermieristica.

I medici della medicina dei servizi operano nella casa della salute svolgendo le funzioni proprie dell'incarico. Collaborano ai programmi di prevenzione collettiva, o in compiti di istituto presso le unità di medicina legale, assistenza protesica, certificazioni, prelievi, ecc.

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

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

Sos  
Hure  
Lan  
DCA  
428  
1028-4

Nella struttura trova collocazione la

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

Per quanto riguarda la Pediatria di libera scelta, nelle CdS di maggiori dimensioni potrà essere prevista una sezione pediatrica con la presenza di:

- pediatra di libera scelta a copertura della fascia oraria 8.00 – 20.00
- attività specialistica di area pediatrica (es. neuropsichiatria infantile, ORL, dermatologia, pneumologia, chirurgia pediatrica)
- ambulatorio per la gestione delle cronicità del bambino

Nelle CdS di minori dimensioni può essere prevista la presenza per alcune ore settimanali di un PLS, anche a turnazione.

#### **MEDICI SPECIALISTI**

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

## PSICOLOGI

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

## EQUIPE MULTIDISCIPLINARE E MULTIPROFESSIONALE

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

## PARTE SESTA

### FORMAZIONE

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

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

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

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

### COMUNICAZIONE

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

### SODDISFAZIONE DELL'ASSISTITO

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

## **IL REGOLAMENTO CASA DELLA SALUTE**

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

- accesso
- percorsi assistenziali
- gestione delle piccole urgenze
- equipe multi professionale e multidisciplinare
- modalità di funzionamento interno
- modalità di relazione con gli altri nodi della rete
- personale e risorse, anche in condivisione con altri servizi o enti
- audit, formazione
- integrazione con il volontariato e la mutualità ove presente
- sicurezza, gestione del rischio clinico
- modalità di rilevazione della soddisfazione dell'assistito

## INDICATORI DI VALUTAZIONE

A livello regionale verranno misurati i seguenti indicatori di valutazione:

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

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