



REGIONE LAZIO

|   |   |
|---|---|
| DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO N° : <b>736</b> DBL <b>3 LUG. 2015</b>  |   |
| DIREZIONE GENERALE  |   |
| OGGETTO: Presa d'atto e contestuale approvazione Regolamento Case della Salute AUSL Viterbo.  |   |
| FABBRI FULCO<br>L'Estensore   | RESPONSABILE ANTICORRUZIONE<br>Delibera CS 222/20-1<br>Dott. Paolo Pezzato  |
| Parere del Direttore Amministrativo :<br><b>IL DIRETTORE</b><br>U. O. di Affari Generali<br>(Dr.ssa Francesca Gubiotti)<br>Firma _____  | Dr.ssa Daniela Donetti<br><input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE<br><input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE<br>(con motivazioni allegate al presente atto)<br>Data <b>3 LUG. 2015</b> |
| Parere del Direttore Sanitario :<br>AZIENDA U. S. L. VITERBO<br>IL DIRETTORE SANITARIO<br>AZIENDALE F. F.<br>DOTT. FRANCO BIFULCO<br>Firma _____  | Dr. Antonio Bray<br><input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE<br><input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE<br>(con motivazioni allegate al presente atto).<br>Data <b>3 LUG. 2015</b>      |
| Il funzionario addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.   |   |
| Voce del conto economico su cui si imposta la spesa : _____<br>Visto del Funzionario addetto al controllo di budget : _____   | AUSL VITERBO<br>IL DIRETTORE F.F.<br>ECONOMIA & FINANZE<br>Firma (Dott.ssa Annunziata Minopoli)<br>Data _____   |
| Il Dirigente sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii. assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, L. 165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art. 1, comma 1°, L. n° 241/1990, come modificato dalla L. n° 15/2005. |   |
| Responsabile del procedimento :<br>Data <b>2 LUG. 2015</b>  | LUCA POLEGGI<br>Firma _____<br><b>IL DIRETTORE</b><br>U. O. C. Affari Generali<br>(Dr.ssa Francesca Gubiotti)   |
| Il Dirigente :<br>Data _____  | Firma _____   |
| Atto Soggetto al controllo della Corte dei Conti [ ]  |   |

**Oggetto:** Presa d'atto e contestuale approvazione Regolamento Case della Salute AUSL Viterbo

## IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

### VISTI:

- il D.Lgs. 30/12/1992, n° 502 e ss.mm. ed ii. concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della L. 23/10/1992, n° 421 e ss. mm." ed in particolare, l'art. 3, comma 1bis, secondo cui le aziende Sanitarie devono disciplinare la propria organizzazione ed il proprio funzionamento con atto aziendale di diritto privato nel rispetto dei principi e dei criteri previsti da disposizioni regionali
- il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
- la legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali";
- la D.G.R. 3 agosto 2007, n. 636, recante: "Attuazione Piano di Rientro ex D.G.R. n. 149/2007 (intervento I.1.4). "Approvazione dei principi per la stesura del regolamento di accreditamento istituzionale nella Regione Lazio" e "Requisiti ulteriori, parte generale per l'accreditamento istituzionale nella Regione Lazio";
- il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U0087 del 18 dicembre 2009 "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010-2012";
- il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U0048 del 31 maggio 2010 "Piano degli interventi per la riconduzione dell'offerta ospedaliera per acuti, riabilitazione post acuzie e lungodegenza medica agli standard previsti dal Patto per la Salute 2010-2012";
- il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U0080 del 30 settembre 2010 "Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale" e successive modificazioni ed integrazioni;
- il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U0082 del 30 settembre 2010 "Chiarimenti, integrazioni e modifiche al Piano Sanitario Regionale 2010-2012 di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009";
- il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U0111 del 31 dicembre 2010 "Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009 recante "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 - 2012" ;
- il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U00039 del 20 marzo 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" e ss.mm.ii.;
- il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U00040 del 26 marzo 2012 "DCA n. 58/2009: "Sistema dei controlli dell'attività sanitaria ospedaliera e specialistica - L. 133/08, art. 79, comma 1- septies". Modifiche ed integrazioni.";
- il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U00099 del 15 giugno 2012 "Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti anche anziane. DPCA n. U0039/2012 e DPCA n. U0008/2011. Corrispondenza tra tipologie di trattamento e nuclei assistenziali e relativi requisiti minimi autorizzativi. Approvazione documenti tecnici comparativi";
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00429 del 24 dicembre 2012 "Decreto del Commissario ad Acta n. U0113 del 31 dicembre 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";



- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00431 del 24 dicembre 2012 "La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio";
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00434 del 24 dicembre 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";
- la Determinazione regionale n. B02406 del 13 giugno 2013 "D.C.A. U00206 del 28 maggio 2013 - Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lazio a seguito del recepimento degli "standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, comma 1, lett. B, Patto per la Salute 2010-2012" elaborati dal comitato L.E.A. Istituzione del Gruppo di Lavoro: "Casa della Salute - Modello organizzativo";
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00428 del 4 ottobre 2013 "Approvazione del documento "Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della Salute", con cui sono state definite le Linee Guida regionali per la realizzazione delle Case della Salute;

**CONSIDERATO** che a seguito del succitato Decreto n. U00428 del 4 ottobre 2013 sono stati svolti incontri con i rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali e di Categoria, allo scopo di illustrare il modello regionale di Casa della Salute nonché di ricevere osservazioni e suggerimenti utili allo sviluppo del percorso di progressiva attuazione;

**VISTI:**

- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00023 del 30 gennaio 2014 "DCA n. U00428 del 4 ottobre 2013. Approvazione del documento "Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della salute". Integrazione.";
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00429 del 4 ottobre 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", con cui sono state definite le Linee Guida regionali per organizzazione distrettuale;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00480 del 6 dicembre 2013 "Definitiva Adozione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio.";
- la deliberazione C.S. n° 221 del 26/02/2015 concernente: "Adozione dell'Atto aziendale della ASL Viterbo"

**PRESO ATTO** che con DCA n° U000115 del 20/03/2015 l'Atto di Autonomia aziendale formalizzato con la sopra citata delibera, è stato approvato dalla Regione Lazio;

**CONSIDERATO:**

- che la riorganizzazione della rete ospedaliera per acuti, con razionalizzazione dell'offerta nonché dei processi di cura è possibile solo attraverso il potenziamento dell'assistenza territoriale intesa come l'insieme delle attività e prestazioni sanitarie e sociosanitarie finalizzate alla prevenzione, al trattamento delle patologie e degli incidenti a più alta diffusione ma di minore gravità, nonché delle malattie e disabilità ad andamento cronico ove, comunque, non vi sia necessità di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica;
- che la Casa della Salute, oltre a configurarsi quale luogo fisico di articolazione dei servizi distrettuali, rappresenta anche un insieme di funzioni dell'assistenza primaria e intermedia tra loro integrate, ed inserite in un sistema di rete;

**VISTO** il Regolamento inerente la Casa della Salute della AUSL VT, il quale, allegato alla presente ne viene a costituire parte integrante e sostanziale;

**TENUTO CONTO** che il presente provvedimento non comporta nessuna spesa a carico dell'Azienda;

**ATTESTATO** che il presente provvedimento nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art.1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art.1, primo comma, della Legge 241/90, modificato dalla legge 15/2005;

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

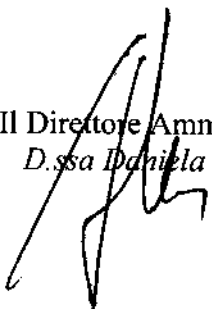
### DELIBERA

Per i motivi espressi nella premessa che si intendono integralmente richiamati:

- **la presa d'atto e la contestuale approvazione** dell'apposito Regolamento della Casa della Salute della AUSL di Viterbo che, allegato alla presente, ne viene a costituire parte integrante e sostanziale;
- **di dare atto** che, successivamente, ciascuna Casa della Salute dovrà dotarsi di un regolamento specifico, ai sensi dell'art. 8 del Regolamento di cui al presente atto;
- **di dare incarico** ai Dirigenti/Responsabili di applicare il presente Regolamento all'interno dell'area di competenza;
- **di disporre** la pubblicazione del Regolamento di cui trattasi nel sito web aziendale;
- **di dichiarare** il presente atto immediatamente esecutivo.

La presente deliberazione sarà pubblicata all'Albo dell'Azienda nei modi previsti dall'art. 31 L.R. Lazio n° 45/96.

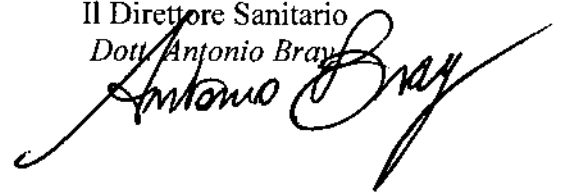
Il Direttore Amministrativo  
*D.ssa Daniela Donetti*



Il Commissario Straordinario

*Dott. Luigi Macchitella*

Il Direttore Sanitario  
*Dott. Antonio Bray*





## REGOLAMENTO CASE DELLA SALUTE DELLA ASL DI VITERBO

### INDICE

|            |  |          |
|------------|--|----------|
| Articolo 1 | Finalità.....  | Pagina 2 |
| Articolo 2 | Il quadro normativo e programmatico regionale.....                                   | Pagina 2 |
| Articolo 3 | Il modello case della salute nella riorganizzazione delle attività distrettuali..... | Pagina 3 |
| Articolo 4 | Accoglienza e percorsi assistenziali.....  | Pagina 5 |
| Articolo 5 | I rapporti con le strutture distrettuali.....  | Pagina 6 |
| Articolo 6 | I rapporti con le strutture di ricovero pubbliche e private di riferimento.....      | Pagina 6 |
| Articolo 7 | I sistemi di rete.....   | Pagina 6 |
| Articolo 8 | Regolamenti delle singole Case della salute.....                                     | Pagine 9 |

## Art 1 FINALITÀ

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.

## Art. 2 IL QUADRO NORMATIVO E PROGRAMMATARIO 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.

- Delib.G.R. n. 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";
- Delib.G.R. n. 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 dicembre 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.

### **Art. 3**

## **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, medici specialisti territoriali e ospedalieri (che garantiscono anche le attività di diagnostica strumentale), psicologi, infermieri oltre ad operatori dedicati alle attività di accoglienza (PUA, CUP ecc.) e ad altre figure professionali in relazione alle specificità dei singoli territori. In alcune realtà operano Pediatri di libera scelta. 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 e della pediatria di libera scelta (laddove sia prevista la funzione di pediatria).

### **3.1 Modalità organizzative**

Le attività svolte all'interno della CdS garantiscono:

- L'accesso a percorsi assistenziali condivisi attraverso la rete integrata Ospedale-Territorio (PDTA)
- La gestione della continuità 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 Delib.G.R. n. 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
- 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 anti violenza
- 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.

### **3.2 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 anti violenza
- 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 del pediatra di libera scelta 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 o il pediatra di libera scelta 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 e della Pediatria di libera scelta attraverso un'attività di rete finalizzata allo scambio bidirezionale delle informazioni relative al paziente utili alla gestione delle problematiche cliniche.



## ACCOGLIENZA E PERCORSI ASSISTENZIALI

### 4.1 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 Delib.G.R. n. 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.

### 4.2 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 cronico 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, pediatra di libera scelta ove presente, medico specialista territoriale e ospedaliero, infermiere e le altre eventuali figure professionali del caso).

### 4.3 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.

### 4.4 Centro antiviolenza

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.

**Art. 5**  
**I RAPPORTI CON LE STRUTTURE DISTRETTUALI**

**5.1 Modalità di integrazione delle attività**

La Casa della Salute è un luogo fisico nel quale trovano allocazione attività e servizi sanitari e socio-sanitari. La sola condivisione di uno spazio fisico non costituisce di per sé garanzia di funzionamento integrato. È 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, socio-sanitari 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.

**5.2 Rapporti con le altre strutture territoriali**

Sono definiti i rapporti delle singole CdS con:

1. La rete dei Medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta operanti nel territorio di competenza in forma associata (UCP, UCPP o altre forme associative) o individuale. La Casa della salute, come le UCP o altre forme organizzative della medicina generale e della pediatria di libera scelta, 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.
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.

**Art. 6**  
**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 con i pediatri di libera scelta e con le altre figure professionali della CdS. Devono essere identificati percorsi formativi comuni a tutte le figure professionali coinvolte nella Casa della salute.

**Art. 7**  
**I SISTEMI DI RETE**

**7.1 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).

## **7.2 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;
- riceve dal coordinatore dei Medici di medicina generale, i turni di presenza dei Medici di medicina generale, e cura i turni degli specialisti ambulatoriali ed in generale del personale assegnato
- 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 Delib.G.R. 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
- partecipa alle 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 assistenza primaria 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.

Nella struttura trova collocazione la continuità assistenziale (Guardia medica), a garanzia di un'assistenza sulle 24 ore. Nella struttura trova collocazione la medicina dei servizi che svolge le funzioni proprie dell'incarico.

Collabora 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:

- concordano con la direzione del distretto gli obiettivi della CdS in base alle funzioni presenti
- curano il collegamento con gli altri Servizi e con le altre figure professionali per favorire la continuità dell'assistenza
- 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 o laddove in seguito ad attenta ricognizione si ravveda la necessità di implementare l'assistenza pediatrica potrà essere prevista una sezione pediatrica. I Pediatri di libera scelta 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 dei cittadini in età pediatrica, di valutazione del bisogno, di presa in carico e trattamento.

Si prevede inoltre:

- attività specialistica di area pediatrica (es. neuropsichiatria infantile, ORL, dermatologia, pneumologia, chirurgia pediatrica, cardiologia, ortopedia)

- ambulatorio per la gestione delle cronicità del bambino: l'accesso dell'utente pediatrico avviene attraverso l'identificazione e l'invio da parte del pediatra di libera scelta al fine di intraprendere un processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione e di coordinamento delle cure, che agevoli i bisogni sanitari del bambino con patologia cronica o complessa e della sua famiglia.

Nelle CdS di minori dimensioni o laddove per particolari situazioni oro geografiche se ne ravvisi la necessità può essere prevista la presenza per alcune ore settimanali di un PLS, anche a turnazione. I Pediatri di libera scelta presenti con ruolo di coordinamento all'interno della CdS curano e coordinano, di concerto con i referenti di UCPP, le attività della rete territoriale della pediatria di libera scelta. In particolare sono affidati ai Pediatri di libera scelta coordinatori gli stessi compiti del coordinatore di medicina generale.

### **7.3 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.

### **7.4 Psicologi**

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

### **7.5 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'equipe 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 interprofessionale 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.

## **Art 8**

### **REGOLAMENTI DELLE SINGOLE CASE 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.

DELIBERAZIONE N° **736** del **3 LUG. 2015**  
composta di n. **5** pagine, frontespizio compresi e retro, e di n. **9** allegati

Publicato all'Albo Pretorio dell'Azienda U.S.L. il : .....  
dove rimarrà affissa per quindici giorni consecutivi.

Viterbo, li **3 LUG. 2015**

**- 3 LUG. 2015**

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO  
DELIBERE

Trasmessa al Collegio Sindacale il : .....

Viterbo, li **3 LUG. 2015**

**- 3 LUG. 2015**

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO  
DELIBERE

La presente deliberazione diventerà ESECUTIVA il : .....

Viterbo, li **3 LUG. 2015**

**- 3 LUG. 2015**

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO  
DELIBERE

Viterbo, li **3 LUG. 2015**

IL DIRETTORE U.O.C. AFFARI  
GENERALI

Drssa Francesca Gubiotti