



GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 28/06/2012

=====

ADDI' 28/06/2012 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA DELLA PISANA 1301 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COSI' COMPOSTA:

POLVERINI	Renata	Presidente	FORTE	Aldo	Assessore
CIOCCHETTI	Luciano	Vice Presidente	LOLLOBRIGIDA	Francesco	"
ARMENI	Fabio	Assessore	MALCOTTI	Luca	"
BIRINDELLI	Angela	"	MATTEI	Marco	"
BUONTEMPO	Teodoro	"	SANTINI	Fabiana	"
CANGEMI	Giuseppe Emanuele	"	SENTINELLI	Gabriella	"
CETICA	Stefano	"	ZAPPALA'	Stefano	"
DI PAOLANTONIO	Pietro	"	ZEZZA	Maria	"

ASSISTE IL SEGRETARIO: Paolo IACONIS

***** OMISSIS

ASSENTI: LOLLOBRIGIDA

DELIBERAZIONE N. 313

Oggetto:

Riqualificazione dell'Assistenza Territoriale e valorizzazione del ruolo del Distretto. Approvazione del documento "Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del Distretto".



Oggetto: Riqualificazione dell'Assistenza Territoriale e valorizzazione del ruolo del Distretto. Approvazione del documento "Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del Distretto".

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA della Presidente della Regione Lazio;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002 n. 6 e successive modificazioni;

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

VISTO il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T0229 del 25/04/2010 che riserva al Presidente della Regione Lazio le competenze inerenti al settore organico di materie relative alla Salute;

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

VISTO il Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419", che prevede che "...Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie [...] nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali...";

VISTO il decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U0018 dell'11.8.2008, "Approvazione della 'Programmazione per l'integrazione socio-sanitaria nella Regione Lazio' e delle 'Linee Guida per la stesura del Piano Attuativo Locale triennale 2008-2010';

VISTO il Decreto n. U0111 del 31.12.2010 "Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009 recante 'Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 - 2012' - Integrazioni e modifiche.";

CONSIDERATO che il summenzionato Decreto prevede, fra l'altro, che "[...] l'auspicata centralità del territorio e del Distretto.[...] Il Distretto dovrà assumere il pieno governo del settore dell'assistenza primaria, attivando gli ambiti assistenziali (Residenze sanitarie, Hospice, CeCAD) che consentono di



affrontare e gestire, in un'ottica di continuità delle cure, le problematiche di salute connesse agli esiti già manifesti della cronicità..”;

CONSIDERATO che il summenzionato Decreto prevede altresì il “..rafforzamento della struttura organizzativa del Distretto e dell’attribuzione ad esso della responsabilità sugli esiti di salute..”

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U0113 del 31.12.2010 “Programmi Operativi 2011-2012”, ed in particolare il Programma 2 “Riqualificazione Assistenza Territoriale”;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 315 dell’8.7.2011 “Il Punto Unico di Accesso sociosanitario integrato nella Regione Lazio – Linee d’Indirizzo”;

VISTA l’“Intesa, ai sensi dell’articolo 1, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sul Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2011-2013”, sancita dalla Conferenza Unificata Stato - Regioni, Rep. Atti n. 88/CU del 22.9.2011 che al Punto “Centralità delle Cure primarie e delle strutture territoriali” prevede che al distretto. “[...]è, inoltre, affidata la *governance* del sistema per l’erogazione di livelli appropriati.”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U00039 del 20.3.2012 “Assistenza Territoriale. Ridefinizione e riordino dell’offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale”;

PRESO ATTO che il succitato Decreto prevede che per i setting assistenziali relativi ai trattamenti intensivo, estensivo e di mantenimento residenziale per le persone non autosufficienti anche anziane, e per i trattamenti riabilitativo intensivo e estensivo residenziale (accesso dal domicilio), nonché socio riabilitativo di mantenimento residenziale e riabilitativo domiciliare per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, l’accesso ai trattamenti “..è definito tramite valutazione multidimensionale dei competenti servizi delle Aziende Sanitarie Locali..”;

CONSIDERATO che quanto sopra rappresentato rende ancora più centrale il ruolo del Distretto quale sede elettiva dei processi di riorganizzazione e qualificazione dell’assistenza territoriale;

VISTA la Determinazione regionale n. B8641 del 15.11.2011 “Riqualificazione dell’assistenza territoriale e valorizzazione del ruolo del Distretto. Istituzione di un Gruppo tecnico di Lavoro”;



313 28 GIU. 2012 R

CONSIDERATO che la suddetta Determinazione prevede che tale Gruppo di lavoro sia "...volto a supportare le strutture regionali competenti nella programmazione di percorsi assistenziali di presa in carico per i portatori di patologie croniche e complesse, con particolare riferimento alla valorizzazione del ruolo del Distretto nell'ambito del percorso di riqualificazione dell'assistenza territoriale..";

CONSIDERATO che nell'ambito delle attività e degli incontri effettuati il summenzionato Gruppo di lavoro ha realizzato il documento "Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del Distretto", Allegato n. 1 e parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO necessario approvare il summenzionato documento, che individua gli interventi prioritari per il progressivo sviluppo del Distretto, al fine di supportare le azioni di rafforzamento e riqualificazione delle attività territoriali;

RITENUTO necessario che, entro 90 giorni dall'approvazione del presente provvedimento, le Direzioni Generali delle Aziende USL presentino alla Regione Lazio un Programma aziendale per la realizzazione degli "Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del Distretto" che dovrà contenere:

- le azioni previste per ciascun intervento;
- le risorse aziendali destinate all'attuazione degli interventi;
- i risultati attesi e gli indicatori specifici individuati dalle singole Aziende in relazione alle azioni programmate;

CONSIDERATO che tale Programma aziendale sarà sottoposto a valutazione di coerenza da parte dei competenti uffici regionali, che monitoreranno l'effettiva attuazione di quanto previsto, inclusi gli indicatori specifici individuati dalle singole Aziende in relazione alle azioni programmate;

CONSIDERATO che i competenti uffici regionali monitoreranno altresì gli indicatori generali di verifica previsti nell'Allegato n. 1, attraverso i sistemi informativi regionali;

All'unanimità

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono integralmente accolte,

1. di approvare il documento "Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del Distretto", Allegato n. 1 e parte integrante del presente provvedimento;



313 28 GIU. 2012 R

2. di stabilire:

- a. che, entro 90 giorni dall'approvazione del presente provvedimento, le Direzioni Generali delle Aziende USL presentino alla Regione Lazio un Programma aziendale per la realizzazione degli "Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del Distretto" che dovrà contenere:
 - le azioni previste per ciascun intervento;
 - le risorse aziendali destinate all'attuazione degli interventi;
 - i risultati attesi e gli indicatori specifici individuati dalle singole Aziende in relazione alle azioni programmate;
- b. che tale Programma aziendale sarà sottoposto a valutazione di coerenza da parte dei competenti uffici regionali, che monitoreranno l'effettiva attuazione di quanto previsto, inclusi gli indicatori specifici individuati dalle singole Aziende in relazione alle azioni programmate;
- c. che i competenti uffici regionali monitoreranno altresì gli indicatori generali di verifica previsti nell'Allegato n. 1, attraverso i sistemi informativi regionali.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito web della Regione Lazio.

LA PRESIDENTE : F.to Renata POLVERINI
IL SEGRETARIO : F.to Paolo IACONIS



ROMA E2 LUG. 2012





ALLEG. alla DELIB. N. 313
DEL 28 GIU 2012

Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del Distretto

1. Sviluppare l'Assistenza Primaria (AP)

Attualmente l'AP presenta una serie di criticità in termini di efficacia di risposta ai bisogni sanitari e socio-sanitari della popolazione del Lazio. Tale situazione può tradursi in contatti d'attesa ed episodici con i pazienti, contatti che avvengono prevalentemente per il trattamento di disturbi acuti, configurando una condizione definibile quale "tirannia dell'urgenza" (T Bodenheimer, E H Wagner, K Grumbach – Improving primary care for patients with chronic illness. Jama 2002 – Vol. 288 No.14). Ne consegue l'organizzazione di un sistema orientato verso il paziente acuto, che favorisce un atteggiamento di passività e la scarsa informazione dell'assistito cronico. Il Distretto deve diventare sempre più il luogo di governo dell'assistenza primaria attraverso un rapporto più incisivo e integrato con la medicina generale e la pediatria di libera scelta, adottando l'approccio previsto dal Chronic Care Model.

Questo modello prevede lo sviluppo e l'utilizzo integrato di sei elementi fondamentali: sistemi informativi orientati alla persona, organizzazioni sanitarie fondate sulla centralità della persona, team multidisciplinari e multiprofessionali, promozione dell'autocura, attività clinico-assistenziale basata sulle evidenze, attivazione delle risorse della comunità.

E' necessario, inoltre, utilizzare al meglio lo strumento degli Accordi Integrativi Regionali e locali, al fine di favorire realmente l'associazionismo tra medici, superando il tradizionale modo di operare ed evolvendo verso forme organizzative delle cure primarie complesse ed integrate, tali da garantire prestazioni qualificate ed ampia accessibilità, potenziando le azioni volte alla "produzione di salute". Le incentivazioni devono essere collegate a indicatori di esito e di appropriatezza riferiti a precisi e condivisi percorsi di prevenzione e cura, costruiti questi ultimi secondo i principi e i metodi della medicina di iniziativa.

Le professioni sanitarie devono assumere, in questo contesto, un ruolo di maggiore autonomia e responsabilità, affiancando il medico nella gestione attiva del paziente.

2. Costruire e diffondere percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)

Gli utenti si trovano ad interagire con un sistema sanitario e socio-sanitario ancora frammentato, con conseguenti problemi di qualità e continuità delle cure. Uno degli strumenti principali per risolvere queste problematiche consiste nella strutturazione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali, intesi quali l'insieme organizzato, coerente e coordinato di prestazioni e attività di natura sanitaria e socioassistenziale, erogate per raggiungere un dato obiettivo di salute a fronte di una specifica condizione clinico – assistenziale. Tali percorsi vanno costruiti a livello distrettuale, in collaborazione con il livello ospedaliero, allo scopo di garantire una gestione integrata del paziente.



Al fine di favorire la continuità delle cure e dell'assistenza, di superare alcuni problemi logistici e di integrazione con gli altri ambiti di assistenza, si devono promuovere azioni per lo sviluppo di forme di telemedicina e teleassistenza.

Il Distretto, al riguardo, dovrebbe sviluppare e implementare progressivamente la funzione di "cabina di regia" tra la medicina generale, la pediatria di libera scelta, le strutture specialistiche territoriali, ospedaliere e di assistenza intermedia, attraverso la realizzazione di team pluridisciplinari e multiprofessionali in modo da potere garantire completezza, integrazione e continuità dell'assistenza.

3. Realizzare l'integrazione sociosanitaria

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 interventi sociali e sanitari consente di fornire 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 e la gestione del caso sulla base di un piano di assistenza. L'ambito territoriale di riferimento per l'integrazione sociosanitaria è individuato nel Distretto, uno dei principali attori nel rapporto con gli Enti Locali. E' 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.

Il rafforzamento dei collegamenti tra i servizi di assistenza domiciliare, residenziale e gli altri nodi della rete sanitaria e sociosanitaria con i servizi sociali dell'Ente locale appare di particolare importanza per quelle attività connesse alla continuità assistenziale ed alle dimissioni protette dell'ospedale per acuti. Un particolare rilievo assume, nel governo della continuità assistenziale di valutazione multidimensionale territoriale (UVM). Il Distretto, nell'ambito della predisposizione del Programma delle Attività Territoriali e del Piano di Zona, curerà gli aspetti dell'integrazione sociosanitaria al fine di una migliore risposta ai bisogni della popolazione.





4. Migliorare la qualità dell'assistenza alle persone non autosufficienti e sviluppare l'area dell'assistenza intermedia

La qualificazione dei servizi di Assistenza Domiciliare e Residenziale per persone non autosufficienti richiede l'avvio di iniziative programmate quali:

- l'ulteriore qualificazione del personale attraverso specifici percorsi di formazione, e l'acquisizione di risorse umane anche attraverso la mobilità interna all'Azienda;
- l'adozione di procedure standardizzate per la valutazione multidimensionale e il piano di assistenza individuale;
- il coinvolgimento attivo del Medico di medicina generale nell'intero ciclo di presa in carico e cura del paziente;
- l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali sanitari e sociali.

Gli interventi devono essere finalizzati al recupero o alla stabilizzazione delle condizioni clinico/funzionali, ponendosi come obiettivo principale la permanenza o il rientro della persona al proprio domicilio o in strutture protette ubicate nel territorio di residenza.

Relativamente all'area dell'Assistenza Intermedia (area di confine tra setting ospedaliero e domiciliare caratterizzato da una bassa complessità clinica e alta complessità assistenziale es., struttura residenziale per persone non autosufficienti, hospice ecc.) è necessario prevedere, a partire da modelli avviati con successo in diverse realtà nazionali e così come previsto dal PSR, l'attivazione di Centri Clinico-Assistenziali Distrettuali (CeCAD), strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale, 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.

5. Favorire l'accesso alle cure e all'assistenza

Uno degli strumenti per favorire l'accesso alle cure e all'assistenza è il Punto Unico di Accesso Integrato Sociosanitario (PUA). Il PUA deve sviluppare una particolare attenzione verso quelle fasce di popolazione che presentano condizioni sanitarie e/o sociali che possano determinare uno stato di fragilità e/o complessità assistenziale, facilitandone l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, non comprese nell'emergenza. Lo sviluppo dei PUA, integrati con l'Ente Locale, costituisce una delle azioni prioritarie a livello distrettuale in quanto elemento favorente la riduzione delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi.





6. Realizzare l'autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria

Per rendere effettiva e sostanziale la centralità del Distretto (macrostruttura a valenza dipartimentale) nella rete dei servizi sanitari e consentire il pieno svolgimento del ruolo di presa in carico globale dei problemi di salute del cittadino, con particolare riferimento alla promozione della salute, prevenzione e cure primarie, è necessario favorire l'autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, così come previsto dal D.Lgs 19 giugno 1999, n. 229 e dalle "linee guida regionali per la predisposizione degli atti aziendali".

7. Formare e qualificare il personale

Il processo di riqualificazione e di potenziamento del territorio presuppone un intervento formativo e di qualificazione delle professionalità, che deve tradursi in un Piano di formazione aziendale straordinario, collegato agli obiettivi della programmazione sanitaria.

Tale Piano dovrà prevedere, in particolare, specifiche attività formative relativamente al ruolo ed alle funzioni del Direttore di Distretto e all'attivazione di team pluridisciplinari e multiprofessionali per la realizzazione di reti assistenziali nell'ambito della cronicità.

8. Comunicare efficacemente con i cittadini

Al fine di favorire una migliore gestione della patologia cronica a livello territoriale e sviluppare iniziative di prevenzione, è necessario promuovere la "formazione sanitaria" del cittadino, in modo da renderlo consapevole sia delle potenzialità che dei limiti degli interventi sanitari che dei comportamenti individuali e collettivi che possono favorire la promozione della salute nella comunità. Un'attenzione particolare meritano inoltre le persone immigrate che quasi sempre non sono a conoscenza dei loro diritti e di tutte le possibilità di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari ad esse riservati.

9. Misurare e valutare le attività e i risultati

E' necessario strutturare sistemi di indicatori a livello distrettuale, riprendendo alcune esperienze locali sviluppatesi in ambito regionale, sia per quanto attiene al profilo sanitario e sociale di comunità che per misurare e valutare le performance dei servizi territoriali. E' inoltre opportuno promuovere tra gli operatori forme di audit per il miglioramento della qualità.

Infine sono da prevedere percorsi di Audit civico al fine di favorire la valutazione delle attività dei servizi da parte della comunità locale.





10. Promuovere alleanze per migliorare la salute della comunità

La complessità e l'intreccio delle problematiche sanitarie, sociali, economiche e culturali che determinano lo stato di salute deve essere affrontato in termini intersettoriali, favorendo alleanze e progetti locali che vedano allearsi più istituzioni e soggetti afferenti ai vari ambiti della comunità.

11. Assicurare la continuità assistenziale e l'integrazione tra ospedale e territorio

Si ritiene necessario definire modalità operative e responsabilità per la presa in carico dei pazienti nel percorso di continuità assistenziale che comprendano:

- a) Valutazione multidimensionale, su segnalazione dell'unità operativa di degenza, in fase di pre-dimissione da parte dei competenti servizi territoriali;
- b) Strutturazione di percorsi Ospedale-Territorio senza soluzioni di continuità facilitando la fase di dimissione ospedaliera eventualmente anche attraverso l'attivazione della funzione PUA, individuando i setting assistenziali post acuti più idonei, dall'affidamento al MMG alla pianificazione di interventi assistenziali residenziali di tipo intermedio (unità di degenza infermieristica) fino alla attivazione di progetti assistenziali domiciliari o residenziali di livello e intensità appropriati.
- c) Tracciabilità e bidirezionalità dei percorsi.

Elementi chiave per la continuità assistenziale, oltre alla necessaria integrazione tra professionisti di ambiti assistenziali diversi, sono la condivisione di un linguaggio valutativo comune e la condivisione delle informazioni cliniche anche attraverso l'utilizzo delle necessarie tecnologie informatiche e telematiche. Il percorso assistenziale deve essere informatizzato; le informazioni assistenziali devono essere registrate utilizzando strumenti informativi, in coerenza con le progettualità in essere a livello regionale, in modo da consentire il monitoraggio dell'assistenza resa e la verifica della qualità delle prestazioni erogate. L'utilizzo della telemedicina potrà costituire inoltre un valido supporto delle attività cliniche più complesse, ottimizzando le risorse specialistiche a vantaggio di un maggior numero di assistiti.





Indicatori generali di verifica

Si individuano tre Aree prioritarie:

1. Area dell'Accesso

1.1 Risorse assegnate al PUA:

1.1.a personale (distinguere tra risorse "esterne", ad hoc, e risorse "interne", ovvero l'utilizzo di quote orarie di personale già operante nei servizi di accoglienza di altre UO (es. dsm, sert, cad,...))

1.1.b Logistica (locali dedicati, ecc.)

1.1.c Tecnologia (pc, collegamento internet, ecc.) (monitoraggio regionale)

1.2 Accordi formali con EELL (Protocolli di intesa per ogni PUA attivato) (monitoraggio regionale)

1.3 Numero di accessi al PUA / popolazione residente (rilevazione semestrale, monitoraggio regionale)

1.4 Numero di "casi" avviati a VMD / totale degli utenti che si sono rivolti al PUA (rilevazione semestrale monitoraggio regionale)

2. Area della Medicina di Iniziativa

2.1 Tasso di ricoveri ripetuti a 180 giorni (esclusi quelli entro i 30gg) per gruppi di patologie (diabete, bpc, scompenso cardiaco, tia/ictus) su popolazione residente nel territorio di riferimento. (fonti dati SIO)

2.2 Proporzioni di pazienti in terapia con antidiabetici orali o insulina con almeno un esame di Hb glicata nell'anno. (fonti dati SIAS e Sistema Informativo Farmaceutica Regione Lazio)

2.3 Aderenza alla terapia (ddd per utilizzatore statine) (fonti Sistema Informativo Farmaceutica Regione Lazio)

3. Area dell'Assistenza Intensiva Territoriale

3.1 Tasso di ospedalizzazione per ricoveri potenzialmente inappropriati per gruppi diagnostici e per fasce di età (es. ipertensione, scompenso cardiaco, diabete, sintomi e segni mal definiti, ecc.) (fonti dati SIO)





3.2 Tasso di accessi ripetuti in P.S. per tutte le cause e per codice nell'arco temporale di 30gg (fonti dati SIES)

3.3 Eventi scatinella

3.3 a Amputazioni pazienti diabetici (fonti dati SIO)

3.3.b Scompenso metabolico acuto diabetici (fonti dati SIO)

