

DELIBERAZIONE 16 febbraio 2015, n. 117

Approvazione delle linee di indirizzo alle aziende sanitarie sulle Case della Salute.

LA GIUNTA REGIONALE

Vista l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, sancito in data 10 luglio 2014 in Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano che si colloca in una cornice di sistema di vari livelli di governo -Stato, Regioni e soggetti Istituzionali- che operano nel SSN;

Preso atto dell'art.5 "Assistenza territoriale" del sopracitato Patto della Salute, in base al quale:

- le Regioni "al fine di promuovere un modello multiprofessionale ed interdisciplinare, nell'ambito della propria autonomia decisionale ed organizzativa", possono istituire le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN per l'erogazione delle cure primarie

- le UCCP sono "forme organizzative complesse, che operano in maniera integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Regioni con una sede di riferimento ed eventuali altri sedi dislocate nel territorio" che concorrono "alla presa in carico della comunità di riferimento, in continuità con le AFT ed i Medici di Medicina Generale...nel governo della domanda e nell'erogazione dei servizi"

- la UCCP ha un assetto organizzativo definito ai sensi delle disposizioni nazionali e regionali in materia ed è parte fondamentale ed essenziale del distretto, integrandosi all'interno della rete dei servizi distrettuali ed aziendali permettendo una relazione diretta tra l'assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziale;

Visto il decreto-legge 13 settembre 2012 n.158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n.189 -Decreto legge Balduzzi- che all'art. 1 cita forme organizzative multi-professionali, denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale;

Ricordato che con l'art.1 comma 805 della legge 27 dicembre 2006, n.296 è stato istituito un fondo triennale per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale 2006/2008 a cui è seguito il D.M. del

10 luglio 2007 che ha emanato linee guida per l'accesso al cofinanziamento da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano richiedendo la sperimentazione progettuale delle Case della Salute come strutture polivalenti in grado di erogare servizi di cure primarie ai cittadini in uno stesso spazio fisico;

Preso atto che, a partire dalle sopracitate norme, la Regione Toscana ha adottato una serie di delibere per il finanziamento di progetti pilota per la sperimentazione del modello assistenziale delle Case delle Salute distribuite sul territorio regionale, tra le quali le DGRT n.139/2008, n.441/2009, n.442/2009, n.507/2010, n.553/2010, n.625/2010;

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005, n.40 "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale" e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la propria deliberazione n.754 del 10 agosto 2012, che fornisce indirizzi alle aziende e agli enti del SSR in relazione alle azioni immediatamente adottabili in attuazione del DL 95/2012 ed individua ulteriori azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale (SSR);

Preso atto della DGRT n.1228/2012 e considerata la DGRT n.1231 del 28/12/2012 Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.: approvazione schema di Accordo Regionale ai sensi degli art. 4, 14 e 13-bis ACN/2009 che al punto 4.1. definisce l'UCCP come "un'aggregazione strutturale multi-professionale di cui fanno parte i Medici di Medicina Generale insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi che opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento" tra cui le Case della Salute;

Visto inoltre che, per lo sviluppo armonico delle cure territoriali in tutte le aziende sanitarie anche in coerenza con la DGR 1235/2012 ad oggetto: DGR 754/2012, allegato B Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale-Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste e relativo piano operativo e che per gli atti ad essa collegati, è necessario fornire ulteriori indicazioni organizzative per definire standard e modalità organizzative delle Case della Salute;

Preso atto dell'adozione da parte della Giunta regionale della DGRT n. 334/2013 che ha richiesto alle unità sanitarie locali della Toscana la presentazione di 54 progetti attuativi dell'azione prioritaria relativa all'implementazione del modello assistenziale Casa della Salute secondo quanto previsto dalla DGR 1235/2012

ed ha concesso finanziamenti agli stessi dopo la loro avvenuta presentazione;

Ricordato che così come previsto dalla DGRT n.334/2013 si è proceduto alla identificazione di un logo distintivo che renda riconoscibili le Case della Salute sul territorio e che, in base al PSSIR, il territorio va organizzato con equipe multidisciplinari e punti di riferimento visibili (le Case della Salute);

Visto il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) approvato con deliberazione del Consiglio Regionale n.91 del 5 novembre 2014 che, al punto 1.5, paragrafo 13 prevede che nella rete territoriale “le Case della salute saranno il supporto fisico, non esclusivo, affinché l’assistenza trovi una risposta multidisciplinare e multiprofessionale organizzata e di facile accesso da parte del cittadino”;

Specificato che al paragrafo 2.3.6.2 “Un punto di riferimento certo per il cittadino: la Casa della Salute” il PSSIR:

- definisce la Casa della Salute come “un punto di riferimento certo per il cittadino” che “risponde alle esigenze di ricomposizione ed organizzazione nel territorio di una comunità locale, delle attività per la promozione della salute e del benessere sociale, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie e sociali per una popolazione programmata, secondo una logica di continuità assistenziale e di presa in carico” e che “si configura quindi come una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare le cure primarie, garantire la continuità assistenziale. ..al cui interno opera l’insieme del personale distrettuale..i medici dell’assistenza primaria e gli specialisti ambulatoriali”

- prevede come sfida che “Le Case della Salute devono diventare un presidio di erogazione e raccordo operativo per i servizi sociosanitari territoriali, capace di assicurare nell’efficienza e per l’equità una risposta di qualità nelle cure primarie orientate alla comunità”;

- ritiene opportuno dare attuazioni alle seguenti azioni previste nel corso di vigenza del piano, ovvero di adottare linee di indirizzo per l’organizzazione e le funzionalità delle Case della salute in Toscana, di definire un piano pluriennale di sviluppo della rete delle Case della Salute nel territorio Regionale” definendone lo sviluppo con un numero congruo ed in coerenza con quanto previsto dalla DGR 1235/2012 e attivando “nell’ambito delle Case della Salute le sperimentazioni delle Unità Complesse di Cure Primarie”(UCCP);

Richiamato l’art. 5 dell’ACN/2010 che, al comma 1, fornisce indicazioni per i prossimi accordi regionali, precisando che dovranno svilupparsi lungo il processo

di attuazione delle nuove forme organizzative sopra richiamate (AFT e UCCP) e ricordato che in Regione Toscana si sono già costituite 115 AFT;

Ritenuto per quanto sopra richiamato in narrativa e valutato opportuno procedere attraverso l’approvazione dell’Allegato A) “Linee di indirizzo alle aziende sanitarie sulle Case della Salute” parte integrante e sostanziale del presente atto, per dare attuazione alla programmazione regionale sulle Case della Salute;

Considerato opportuno demandare al dirigente del competente Settore Programmazione ed Organizzazione delle Cure all’interno della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, l’individuazione di un apposito gruppo di lavoro per il monitoraggio finalizzato alla verifica delle caratteristiche delle Case della Salute ad oggi attive sul territorio regionale per censirle e analizzarne la struttura, la composizione ed agevolarne l’adeguamento ed implementazione per il raggiungimento delle condizioni e dei requisiti richiesti ed esplicitati nell’Allegato A) del presente atto deliberativo in modo che alle Case della Salute possa essere acconsentito l’utilizzo e l’apposizione dell’apposito logo distintivo già individuato ad hoc;

Precisato di dare mandato alla Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale all’assunzione degli atti conseguenti all’attuazione della presente delibera;

A voti unanimi

DELIBERA

per quanto espresso in premessa,

1. di approvare l’Allegato A) “Linee di indirizzo alle aziende sanitarie sulle Case della Salute” parte integrante e sostanziale del presente atto, per dare attuazione alla programmazione regionale sulle Case della Salute sia per quelle già operanti sia per quelle in programmazione;

2. di demandare al dirigente del competente Settore Programmazione ed Organizzazione delle Cure all’interno della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, l’individuazione di un apposito gruppo di lavoro per il monitoraggio finalizzato alla verifica delle caratteristiche delle Case della Salute ad oggi attive sul territorio regionale per censirle e analizzarne la struttura, la composizione ed agevolarne l’adeguamento e l’implementazione per il raggiungimento delle condizioni e dei requisiti richiesti ed esplicitati nell’Allegato A) e di demandare allo stesso l’individuazione degli specifici indicatori di monitoraggio e valutazione sulle Case della Salute;

3. di demandare al dirigente del competente Settore Sistema Informativo e Tecnologie Informatiche della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale le attività necessarie a garantire la registrazione delle Case della Salute all'interno del sistema informativo regionale "gestione delle strutture socio-sanitarie" anche ai fini degli adempimenti del D.M. del 23.12.1996 riguardante i modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere;

4. di impegnare le Aziende alla compilazione dei modelli per le Case della Salute di cui al punto precedente entro 60 giorni dal raggiungimento dei requisiti dell'allegato A del presente atto;

5. di trasmettere il presente atto alle Aziende sanitarie della Toscana per la sua applicazione;

6. di dare mandato alla Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale all'assunzione degli atti conseguenti e necessari all'attuazione della presente delibera.

Il presente atto è pubblicato integralmente sul BURT ai sensi degli articoli 4, 5 e 5 bis della l.r. 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18 della l.r. 23/2007.

Segreteria della Giunta
Il Direttore Generale
Antonio Davide Barretta

SEGUE ALLEGATO

Allegato A

Indice generale

<u>LINEE DI INDIRIZZO ALLE AZIENDE SANITARIE SULLE CASE DELLA SALUTE.....</u>	
<u>OBIETTIVO DEL DOCUMENTO.....</u>	
<u>UCCP e Casa della Salute: nuovi modelli assistenziali per le cure territoriali.....</u>	
<u>IL MODELLO CASA DELLA SALUTE.....</u>	
<u>Obiettivi del modello Casa della Salute.....</u>	
<u>Struttura, tecnologie e servizi della Casa della Salute.....</u>	
<u>Dislocazione e tipologia delle Case della Salute.....</u>	
<u>Servizi ed attività per tipologia.....</u>	
<u><i>Casa della Salute Base.....</i></u>	
<u><i>Casa della salute modulo Standard.....</i></u>	
<u><i>Casa della salute modulo Complesso.....</i></u>	
<u>Coordinatore Organizzativo.....</u>	
<u>Coordinatore Clinico.....</u>	
<u>IL MODELLO UCCP (DGRT 1231/2012 E DGRT 1228/2012).....</u>	
<u>Compiti dei MMG nelle sedi di UCCP.....</u>	
<u>Il coordinatore dell'UCCP.....</u>	
<u>Remunerazione del Coordinatore.....</u>	
<u>Il sistema informativo dell'UCCP.....</u>	
<u>Rapporti dell'UCCP con le altre forme associative della MG ex art. 54 ACN.....</u>	
<u>MONITORAGGIO DEL MODELLO CASA DELLA SALUTE</u>	
<u>Livello regionale.....</u>	
<u>PROGETTUALITA' SPECIFICHE</u>	

LINEE DI INDIRIZZO ALLE AZIENDE SANITARIE SULLE CASE DELLA SALUTE

OBIETTIVO DEL DOCUMENTO

La Regione Toscana intende realizzare su tutto il territorio il modello delle CdS e delle UCCP quali punti di riferimento territoriale per la popolazione in risposta ai bisogni sociosanitari.

L'obiettivo di questo documento è quello di indicare i criteri guida per la individuazione, la progettazione e l'organizzazione delle Case della Salute quali strutture territoriali prevalenti scelte per l'erogazione pubblica di cure territoriali in continuità con l'assistenza primaria come definito nell' AIR (DGRT n. 1231/2012) e secondo le indicazioni della L 189/12.

UCCP e Casa della Salute: nuovi modelli assistenziali per le cure territoriali

L'allungamento dell'aspettativa di vita e la maggiore prevalenza delle patologie croniche, unitamente al miglioramento delle cure disponibili e delle tecnologie a supporto, è lo scenario che il nostro sistema sociosanitario sta affrontando. Ciò richiede un ripensamento degli assetti istituzionali, una revisione profonda della struttura e dei modelli organizzativi dei servizi sanitari e una riflessione sul ruolo e sui compiti delle varie figure professionali nei diversi livelli delle reti, nonché un cambiamento nella figura del paziente e delle persone, realmente formate ed "esperte".

Nell'ottica del riassetto della rete territoriale, la L. 08.11.2012, n. 189, dispone che le regioni provvedano ad una nuova definizione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendone l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare e ai servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, sia attraverso forme organizzative monoprofessionali, le aggregazioni funzionali territoriali (AFT) sia attraverso forme organizzative multi professionali, le unità complesse di cure primarie (UCCP).

La stessa L.189/2012 prevede che, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, per garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana e un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, a differenza delle AFT che condividono, in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, le UCCP erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria, tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori.

Il recente Patto della Salute 2014-2016, infine, richiamando l'art. 1 della L. 189/2012, stabilisce che l'UCCP "*è strutturata come un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, in continuità con le AFT ed i medici di medicina generale nonché i pediatri di libera scelta che le compongono, garantendo: accoglienza, collaborazione ed integrazione tra i professionisti e gli operatori (sanitari, sociosanitari e sociali), la condivisione e l'applicazione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze con chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità, un approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici, la partecipazione responsabile dei MMG e dei PLS nel governo della domanda e nell'organizzazione dei servizi, assicurando la sostenibilità economica*".

Pertanto, la regione Toscana negli ultimi anni ha provveduto, in coerenza con le linee nazionali, a riorganizzare l'assistenza territoriale, creando le AFT su tutto il territorio regionale e sviluppando le Case della Salute.

Al fine di procedere ad un organico e coerente ridisegno organizzativo dell'assistenza territoriale e delle cure primarie in Toscana, si esplicitano, di seguito, gli indirizzi e i parametri per una omogenea e definita costituzione su tutto il territorio regionale delle Case della Salute, in quanto unità strutturale di base per un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, in continuità con le AFT. La popolazione di riferimento di una Casa della Salute sarà, pertanto, rappresentata prioritariamente dagli assistiti in carico ai medici di medicina generale con sede nella Casa della Salute, fermo restando che alcune attività saranno rivolte a tutta la popolazione residente secondo quanto presente nella programmazione aziendale e nella mission della singola struttura.

Le Case della Salute sono quindi collocate in sedi riconoscibili, con un'immagine forte, definita e chiaramente identificabile e rappresentano un'articolazione organizzativa nell'ambito dell'organizzazione della zona distretto.

IL MODELLO CASA DELLA SALUTE

La Casa della Salute é parte fondamentale ed essenziale della rete dei servizi aziendali delle Cure Primarie, permettendo una relazione diretta tra l'assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziale. É strutturata in sedi fisiche ben riconoscibili e presenti in maniera omogenea sul territorio regionale e i cittadini saranno presi in carico per i loro problemi assistenziali da team multi professionali coordinate clinicamente dai MMG titolari della scelta del singolo paziente, garantendo la fluidità dei percorsi ed i necessari raccordi con gli altri servizi aziendali attraverso la medicina di comunità.

Obiettivi del modello Casa della Salute

Il modello CdS vuole perseguire i seguenti obiettivi:

- facilitare e semplificare l'accesso della popolazione ai servizi territoriali, assicurando l'accoglienza e l'orientamento ai servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali e garantendo l'equità di accesso nelle varie aree geografiche;
- fornire una struttura in cui erogare alla popolazione le prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per l'assistenza primaria in modo integrato e coordinato;
- fornire una struttura che risponda ai bisogni di base che non necessitano di ricorso all'ospedale;
- fornire una struttura in cui sviluppare il sistema di presa in carico proattiva e precoce dei malati cronici, tramite la sanità d'iniziativa, finalizzata al rallentamento dell'evoluzione clinica e alla riduzione delle complicanze;
- costituire la sede territoriale dove svolgere attività di diagnostica di 1° livello;

- assicurare la continuità assistenziale attraverso l'implementazione di percorsi integrati fra ospedale e territorio, soprattutto per i malati cronici;
- garantire l'accessibilità all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della medicina generale;
- essere un luogo ove attuare interventi di prevenzione e promozione alla salute;
- valorizzare le potenzialità degli assistiti per la gestione del proprio processo di cura con progetti specifici sul paziente esperto;
- garantire la presenza di medici specialisti, convenzionati o dipendenti, finalizzata ad assicurare la risposta ai bisogni all'interno dei percorsi individuali finalizzati sia alla gestione della cronicità, sia all'erogazione di consulenze specialistiche/diagnostiche per le urgenze di comunità.

Questi obiettivi sono assicurati attraverso:

- la collaborazione tra i professionisti sanitari e sociosanitari;
- l'integrazione informativa tra i diversi attori dell'assistenza (medicina convenzionata e rete distrettuale ed ospedaliera);
- l'elaborazione e la condivisione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- l'autonomia e la responsabilità professionale;
- la valorizzazione delle competenze e l'integrazione e lo sviluppo innovativo dei ruoli dei professionisti della sanità;
- un approccio pro attivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici;
- il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Famiglia nel governo clinico;
- una sede comune di lavoro dei vari attori dell'assistenza territoriale;
- il coinvolgimento attivo dei pazienti e della comunità

Struttura, tecnologie e servizi della Casa della Salute

In relazione alle diverse caratteristiche epidemiologiche e oro-geografiche territoriali ed alla diversa distribuzione dei servizi storicamente presenti sul territorio, la CdS potrà avere una diversa complessità, una diversa dimensione ed un diverso orario di apertura, ma dovrà mantenere i requisiti essenziali del modello.

Le CdS dovranno essere realizzate preferibilmente presso sedi aziendali (sedi distrettuali e/o ospedaliere). In assenza di una sede aziendale adeguata, è possibile realizzarle anche in strutture messe a disposizione dai Comuni, da Enti pubblici, da Società di servizio della Medicina generale, da Cooperative mediche, dal volontariato, dal privato.

Le sedi risponderanno ai requisiti di esercizio ai sensi degli articoli 15 e 16 della L.R. 51/09.

In alcune realtà, dove sarà necessario provvedere alla realizzazione di nuove strutture, gli edifici dovranno avere un'immagine che permetta un'immediata identificazione da parte della popolazione e dovranno essere preferibilmente realizzati secondo i parametri previsti per l'edilizia bio-ecosostenibile, secondo criteri che verranno identificati in specifici documenti regionali.

Di seguito sono riportate le caratteristiche della struttura, la tecnologia ed i servizi che potranno essere presenti all'interno delle CdS.

Struttura

La CdS include differenti tipi di spazi che possono essere suddivisi in macroaree omogenee raggruppate per funzione, non necessariamente ad uso esclusivo, così da creare aree riconoscibili dall'utente per rendere chiari i percorsi e l'orientamento. In particolare si identificano tre aree:

- a. area clinico-assistenziale
- b. area pubblica
- c. area di back-office.

Ognuna delle aree individuate potrà essere riconoscibile attraverso una caratterizzazione delle finiture, degli arredi, dei colori prescelti.

Le tre aree possono includere i servizi descritti in tabella.

<i>Aree</i>	Servizi
•Area Clinico-assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Servizi sanitari ✓ Servizi sociali ✓ Servizi sociosanitari ✓ Prevenzione
•Area Pubblica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Accoglienza ✓ Servizi amministrativi ✓ Sala attesa ✓ Sala o spazio riunioni ed organizzazione gestionale ✓ Sedi di associazioni di volontariato e sedi di associazioni di cittadini per patologie
•Area Back-office	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Archivi e back office amministrativo ✓ Spogliatoi ✓ Depositi

Servizi ed attività

In particolare all'interno dell'area clinico-assistenziale e dell'area pubblica potranno trovare sede le seguenti attività.

<i>Aree</i>	Servizi ed Attività
<i>Area Clinico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Studio MMG • Studio PdF • Locali personale Infermieristico • Continuità Assistenziale • Attività specialistica di I° livello (es. eco, e.c.g, spirometria, retinografia e visite specialistiche che non necessitano di alta tecnologia) • Attività prevenzione (screening: PAP, Colon Retto) • Assistenza ostetrica • Attività di Telemedicina • Sanità di iniziativa • Vaccinazioni • Punto prelievi • Attività di Riabilitazione • Punto di Primo Soccorso • Cure intermedie • Servizio di neuropsichiatria infantile
<i>Area assistenziale</i>	<ul style="list-style-type: none"> ●Medico di Comunità ●Servizio sociale ●Consultorio familiare ●Palestra polivalente ●RSA ●RSD ●Centro diurno psichiatrico ●Centro diurno Anziani ●Centro diurno Disabili
<i>Area Pubblica</i>	<ul style="list-style-type: none"> ●Attività di accoglienza e amministrativa ●CUP ●Punto Insieme ●Attività associazioni volontariato ●Attività associazioni di advocacy

Sistemi informativi e tecnologia

Tutte le Case della Salute dovranno essere dotate di:

- Cartella clinica informatizzata condivisa (fra l'equipe multiprofessionale) integrando gli attuali software dei MMG con cartelle dei vari professionisti;

- Collegamento informatico con rete aziendale (sulla base di finanziamenti previsti da accordi con le varie professionalità);
- I medici di MG della AFT dovranno essere collegati in rete creando database comuni in particolare con chi esercita la continuità dell'assistenza.

Per le integrazioni tra i diversi sistemi si procederà attraverso la realizzazione del sottosistema repository, ovvero del sottosistema unico di sottoscrizione degli eventi sanitari erogati da tutti gli attori del SSR, a disposizione di tutti i soggetti che ne devono usufruire ciascuno secondo le proprie titolarità, così come definito dalla DGR. n. 752 del 9 settembre 2013 che approva il "Piano strategico di sviluppo del sistema informativo e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione del servizio sanitario regionale".

Le CdS dovranno essere dotate, a seconda della tipologia e dei servizi e attività presenti, di adeguati strumenti informativi e tecnologici, quali quelli elencati di seguito:

- Strumentazione per telemedicina
- Spirometro
- Elettrocardiografo
- Retinografo
- Radiologia (laddove le caratteristiche strutturali lo permettano)
- Ecografia con in alcune eco-color Doppler
- Tecnologia per proiezioni
- Totem interattivi

Dislocazione e tipologia delle Case della Salute

Molti degli obiettivi perseguiti all'interno delle CdS, riportati nel presente documento, coincidono con i compiti della AFT previsti al comma 3.4 della DGRT 1231 del 28/12/12 e fanno riferimento anche all'allegato A della DGRT 1117 del 12/12/11 ("integrazione dei percorsi specialistici").

Anche il Patto della Salute 2014-16 all'art.5 richiama obiettivi analoghi e stabilisce che ogni AFT è funzionalmente collegata ad una UCCP definita come forma organizzativa complessa con carattere multiprofessionale garantito dal coordinamento tra diverse professionalità, con particolare riguardo alla medicina specialistica e alla medicina generale: pertanto, i professionisti di assistenza primaria di ogni AFT hanno, come sede privilegiata, la CdS.

Il nuovo modello organizzativo della Sanità Territoriale facente riferimento alla DGRT 1231 del 28/12/12 ed al Patto della Salute 2014-16, prevede la presenza di una CdS per ogni AFT che le Aziende Sanitarie, di concerto con le OO.SS., hanno individuato sul loro territorio in attuazione della DGRT 1231/12.

Il piano aziendale di sviluppo delle Case della Salute dovrà trovare riscontro negli accordi aziendali con la medicina generale e convenzionata.

In base ai servizi erogati vengono individuate 3 tipologie di CdS:

- Casa della Salute Base
- Casa della Salute Standard
- Casa della Salute Complessa

CdS Base:

Lo standard minimo è costituito dalla presenza dei MMG, in seguito ad accordo aziendale, degli infermieri secondo gli standard della sanità di iniziativa e quelli previsti dall'ACN ed AIR, il personale di studio secondo l'ACN e l'AIR.

L'integrazione con la specialistica attraverso forme di telemedicina, diagnostica di I livello che potrebbero anche utilizzare gli infermieri come già avviene nella medicina di iniziativa, CUP gestito dal personale di segreteria previo accordo con la MG, presenza di personale sociale e/o delle associazioni del volontariato. I medici devono aderire alla sanità d'iniziativa.

CdS Standard:

II livello: I livello + presenza fisica degli specialisti, presenza di personale amministrativo di provenienza aziendale, diagnostica di I livello, presenza dei servizi sociali, laddove è possibile, medici a rapporto orario, punto prelievi.

CdS Complessa

III livello: I livello + II livello + tutti i servizi che hanno un preciso riferimento territoriale (non possono esserci se non casualmente servizi il cui bacino è la zona/distretto e/o l'azienda).

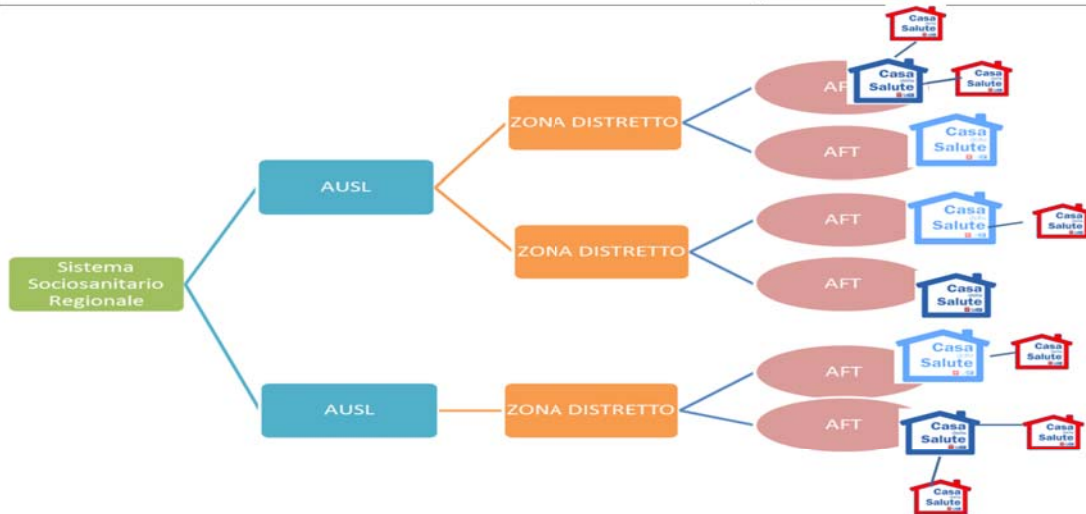
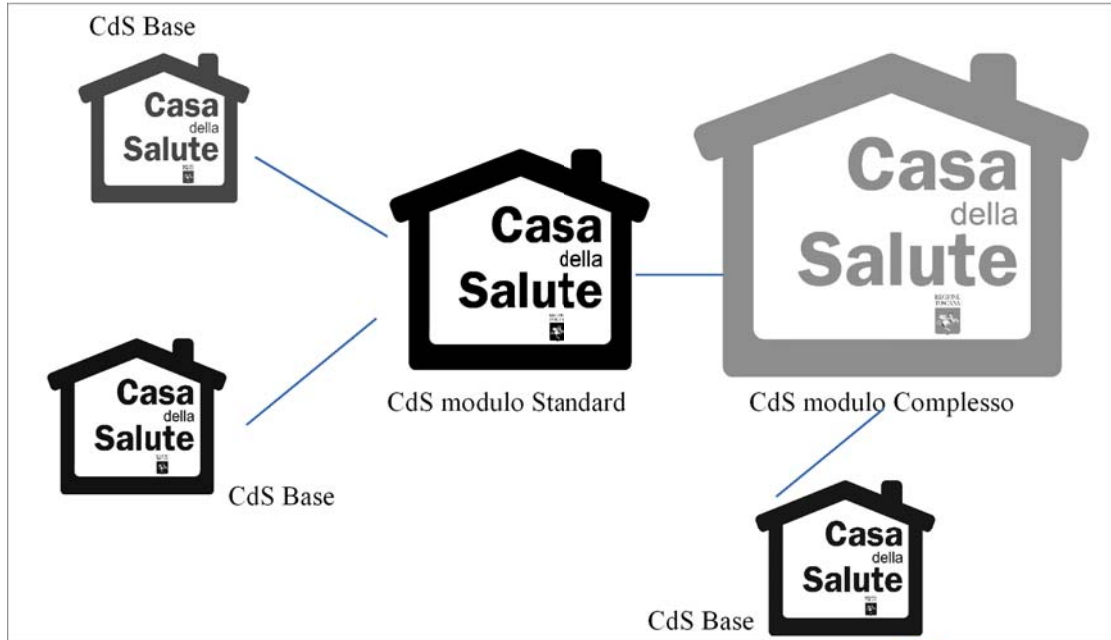
La CdS è di norma organizzata in sede unica, pur potendo prevedere, come stabilito nel Patto della salute 2014-2016, sedi accessorie funzionalmente legate e opportunamente collegate con un'adeguata rete informatica, tenendo conto di situazioni territoriali specifiche (orografia, viabilità, servizi precedentemente esistenti).

Le sedi accessorie ovvero Case della Salute Base sono collegate ad una CdS Standard o Complessa; presentano un ventaglio ridotto di servizi e prestazioni.

Questo modello a rete verrà considerato come organizzazione unitaria con attività erogate nella sede centrale (standard o complessa) e/o nelle CdS base, a beneficio di tutti gli assistiti del bacino di utenza.

I servizi delle CdS potranno essere offerti a tutta la popolazione del bacino territoriale di riferimento. L'assistenza primaria è rivolta agli assistiti dei MMG che operano nella CdS. Il cittadino conserva il rapporto fiduciario con il proprio medico di medicina generale e con il proprio pediatra. Nella CdS potranno operare solo MMG il cui ambito territoriale si identifica con quello in cui è costituita la CdS ai sensi dell'ACN in vigore.

Obiettivo della Regione Toscana è investire omogeneamente su tutto il territorio in strutture sociosanitarie, anche al fine di favorire la creazione di team multiprofessionali che applichino la medicina d'iniziativa; a regime, dovrà essere realizzata una CdS modulo complesso in ogni zona distretto ovvero in ogni azienda. Annualmente, di concerto con le organizzazioni sindacali dei MMG e degli altri convenzionati interessati. L'Azienda sanitaria preparerà un piano di previsione che preveda la realizzazione di almeno una CdS standard per ogni AFT ed una CdS base in ogni ambito territoriale della MG.



Dislocazione delle Case della Salute in Regione Toscana



Servizi ed attività per tipologia

Parametrizzazione dei servizi.

Vengono identificati il numero di operatori e gli orari di apertura minimi obbligatori, sia come orario complessivo del servizio, che come orario di presenza per ciascuna tipologia di professionisti in base alla popolazione di riferimento della CdS. I MMG, i PdF e gli infermieri dovranno avere preferibilmente la sede principale delle attività nella CdS.



Si considerano dunque i seguenti parametri:

CASA DELLA SALUTE BASE

 Casa della Salute Base: requisiti minimi	
Tecnologia	Servizi ed attività
-Cartella clinica informatizzata condivisa -Collegamento con rete aziendale -Strumentazione per telemedicina	<p style="text-align: center;">Attività e servizi minimi necessari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attività di accoglienza con personale di segreteria • CUP • MMG (almeno 6 MMG¹ con almeno 4 ore di apertura complessiva) • Attività infermieristica • Diagnostica di I° livello e Attività di Telemedicina • Presenza di personale sociale
	<p style="text-align: center;">Presenza di almeno uno di questi servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sanità di iniziativa obbligatoria ai sensi dell' AIR • PdF • Prelievi • Vaccinazioni ricondotte alla MG previo accordo
 Orario minimo apertura giornaliera della struttura CdS, indipendentemente dal servizio presente: dal Lunedì al Venerdì: 7 ore. Le ore di presenza giornaliera dei MMG indicate sono distribuite uniformemente tra mattina e pomeriggio.	



¹Salvo accordi con le organizzazioni sindacali dei MMG

CASA DELLA SALUTE MODULO STANDARD

 Modulo standard – Requisiti minimi	
Tecnologia -Cartella clinica informatizzata condivisa -Collegamento con rete aziendale -Spirometro -Elettrocardiografo -Strumentazione per telemedicina -Tecnologia per proiezioni	Attività e servizi <div style="border: 2px solid blue; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">Attività e servizi minimi necessari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attività di accoglienza e amministrativa • CUP • MMG (almeno 8 MMG² con 8 ore di apertura complessiva) • Attività infermieristica • Sanità di iniziativa • Attività specialistica e diagnostica di I° livello • Continuità Assistenziale • Assistente sociale (con sportello aperto al cittadino) • Vaccinazioni • Attività di telemedicina </div> <div style="border: 2px dashed blue; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">Presenza di almeno tre dei seguenti servizi e attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PdF • Attività di Riabilitazione • Attività prevenzione (screening: PAP e/o Colon Retto) • Assistenza ostetrica • Punto Insieme • Prelievi </div>
 <p><i>Orario minimo di apertura giornaliera della struttura CdS, indipendentemente dal servizio presente: dal Lunedì al Venerdì: 10 ore.</i></p> <p><i>Le ore di presenza giornaliera dei MMG indicate sono distribuite uniformemente tra mattina e pomeriggio.</i></p>	

² Salvo accordi con le organizzazioni sindacali dei MMG

CASA DELLA SALUTE MODULO COMPLESSO

Tecnologia	Attività e servizi
 <p>-Cartella clinica informatizzata condivisa -Collegamento con rete aziendale -Strumentazione per telemedicina -Spirometro -Elettrocardiografo -Ecografo -Tecnologia per proiezioni -Retinografo -Totem interattivi</p>	<p style="text-align: center;">Modulo complesso – Requisiti minimi <i>(in corsivo quelli già presenti nel modulo standard)</i></p> <p style="text-align: center;">Attività e servizi minimi necessari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attività di accoglienza e amministrativa • CUP • MMG (più di 8 MMG³ con 10 ore di apertura complessiva) • Attività infermieristica • Sanità di iniziativa • Attività specialistica e diagnostica di I° livello • <i>Continuità Assistenziale</i>⁴ • Assistente sociale con sportello aperto al cittadino • <i>Vaccinazioni</i>⁵ • Attività prevenzione (screening: PAP e/o Colon Retto) • Assistenza ostetrica • Punto Insieme • Prelievi <p style="text-align: center;">Presenza di almeno quattro di questi servizi e attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PdF • Attività di Riabilitazione • Consultorio familiare • Punto di primo soccorso • Diagnostica per immagini • Neuropsichiatria infantile <p style="text-align: center;">Presenza di altri servizi e attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RSA • Cure intermedie • Centro diurno psichiatrico • RSD • Centro diurno anziani • Centro diurno disabili
 <p>Orario minimo apertura giornaliera della CdS, indipendentemente dal servizio presente: dal Lunedì al Venerdì: 12 ore. Le ore di presenza giornaliera dei MMG indicate sono distribuite uniformemente tra mattina e pomeriggio.</p>	

³ Salvo accordi con le organizzazioni sindacali dei MMG

⁴ CA attività ambulatoriale della CA in orari definiti

⁵ Vaccinazione eseguibili da personale infermieristico con la presenza dei MMG

La presenza diurna organica dei medici di CA nelle CdS sarà precipuamente normata con specifico accordo di settore, in merito alle attività e ai compiti e prevederà l'attuazione del modello organizzativo dell'H16, come previsto dalla DGR 1231/2012. La presenza dell'attività primaria è legata alla realizzazione di quanto previsto dall'AIR in merito alla riorganizzazione della CA. Sarà possibile istituire la presenza dell'attività primaria e della C.A. nei festivi e notturni mediante accordi a livello aziendale ratificati dal comitato regionale della MG.

Attività Amministrativa⁶

Il personale amministrativo all'interno delle CdS a supporto dei servizi, sarà di norma garantito in forma diretta dall'azienda ovvero in forma indiretta dai MMG con l'utilizzo di società di servizio qualora presente.

I collaboratori di studio a supporto degli MMG, saranno garantiti in forma indiretta secondo gli istituti contrattuali della MG.

Assistenza Pediatri di Famiglia

È stabilita in rapporto a specifici progetti aziendali

Attività infermieristiche

- Il personale infermieristico potrà essere garantito in forma diretta dalle aziende sanitarie e in forma indiretta attraverso società di servizio dai MMG. Specifici accordi garantiranno l'integrazione delle figure professionali;
- le necessità infermieristiche aggiuntive per gli altri servizi della CdS, saranno garantiti dagli organici delle aziende sanitarie;
- l'assegnazione delle ore di personale per la SdI è regolamentato dall'accordo del 2008 e trattasi di personale aggiuntivo rispetto a quello destinato alle attività assistenziali che potrà essere garantito anche in forma indiretta dai MMG tramite società di servizio;
- Il parere del Consiglio dei Sanitari della Regione Toscana n. 1/2009 costituisce la base per la definizione dei rapporti professionali tra infermieri e coordinatore clinico della CdS.

Assistenza sociale

- E' prevista la presenza del personale di assistenza sociale.

Attività di prevenzione

- Orario e modalità stabilite in base all'analisi del bisogno della popolazione.

Attività specialistica di 1° livello

- L'orario viene stabilito direttamente dal Coordinatore Organizzativo della Casa della Salute in base all'analisi dei bisogni ed alle risorse disponibili, d'intesa con il Coordinatore clinico della CdS.

Coordinatore Organizzativo

Per il livello standard e complesso l'Azienda individua un medico di comunità, quale Coordinatore organizzativo che ha i seguenti compiti:

- analizzare i bisogni di concerto con il Coordinatore clinico e gli operatori afferenti alla CdS;
- programmare e progettare gli interventi, stilando un piano annuale o pluriennale delle attività della CdS;

⁶ Il servizio amministrativo territoriale comprende: CUP, esenzioni, scelta e revoca, attività di collaboratore di studio del MMG/ PdF

- garantire, nell'ambito della programmazione della Zona Distretto che le risorse definite in sede di budget possano essere assicurate all'organizzazione; il budget è contrattato dal coordinatore clinico;
- monitorare le azioni ed i risultati delle azioni stesse e darne feedback agli operatori e, per quanto necessario, ai cittadini afferenti alla CdS;
- monitorare le attività ed i servizi svolti nelle CdS ed il mantenimento degli obiettivi concordati.

Coordinatore clinico

Il coordinatore clinico della CdS è eletto dai medici che lavorano nella CdS e la sua nomina sarà ratificata con un atto aziendale; se la figura eletta coincide con uno dei coordinatori di AFT, non sarà previsto alcun compenso aggiuntivo.

Ha i seguenti compiti:

- coordinare le attività cliniche della CdS;
- rapportarsi per le problematiche organizzative dei PDTA con i Dirigenti delle altre strutture coinvolte;
- rapportarsi con il Medico di Comunità per le problematiche organizzative della CdS partendo da un'analisi congiunta dei bisogni.

CANONE PER LA FORNITURA DI SERVIZI

I MMG e PdF che operano all'interno delle CdS ed usufruiscono dei servizi logistici messi a disposizione in queste strutture sono tenuti a versare una quota di partecipazione frutto di un accordo approvato dal comitato aziendale.

OBIETTIVI

Ad ogni CdS in rapporto alla popolazione assistita, ai servizi ed alle prestazioni fornite, alle risorse storicamente assorbite, vengono assegnati specifici obiettivi annualmente contrattati tra l'Azienda ed il Coordinatore clinico

IL MODELLO UCCP (DGRT 1231/2012 e DGRT 1228/2012)

In regione Toscana, con la DGRT 1231/2012 è stato approvato l'Accordo Integrativo Regionale per la medicina generale (AIR/2012) che, nella fase successiva all'istituzione delle AFT -già costituite ed attivate su tutto il territorio regionale- prevede l'istituzione delle UCCP previste anche dall' AIR della specialistica (DGRT 1228/2012).

Secondo quanto definito nell'AIR/2012, l'UCCP è un aggregazione strutturale multi-professionale di cui fanno parte i Medici di Medicina Generale insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi che opera nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento.

Obiettivo generale dell'UCCP è quello di svolgere in maniera integrata tutte quelle attività utili ad affrontare prima di tutto la cronicità in tutte le sue varianti.

Individuazione delle UCCP e sue caratteristiche

Ai sensi dell'AIR/2012, l'UCCP si sviluppa in strutture quali:

- Presidio distrettuale integrato
- Casa della Salute (CdS)

- Riconversione di presidi ospedalieri o territoriali
- Strutture comunali o comunque pubbliche
- Strutture messe a disposizione da società di servizio della Medicina Generale, cooperative mediche
- Strutture del Volontariato
- Strutture provenienti dal privato

Obiettivo specifico dell'AIR/2012 è stata l'individuazione degli standard minimi di struttura, anche in rapporto alle esperienze già realizzate a livello regionale, al fine di garantire un'omogeneità di distribuzione e di tipologia ed una corretta applicazione di quanto previsto dall'ACN su tutto il territorio; l'AIR ha quindi individuato il modello generale di riferimento, le singole UCCP potranno, poi, avere una complessità diversa a seconda del contesto in cui gravitano. Lo standard minimo delle UCCP è il seguente:

1. Ai sensi dell'ACN biennio economico 2008-09 viene istituito un referente/coordinatore unico scelto fra i medici convenzionati dell'UCCP che abbia un'anzianità di almeno 5 anni di convenzionamento, nominato dall'Azienda Sanitaria ed eletto dai medici convenzionati dell'UCCP. Il referente/coordinatore si avvarrà della collaborazione dei referenti di AFT.
2. La sede dell'UCCP viene collocata in una struttura idonea secondo la normativa vigente, che garantisca soprattutto la fruibilità da parte degli utenti. Tale struttura potrà essere gestita direttamente dall'Azienda Sanitaria o dalla MG tramite una società di servizio; la gestione potrebbe essere anche mista come già avviene per le Case della Salute in qualche realtà.
3. Oltre ai medici di MG dovranno obbligatoriamente essere presenti:
 - personale infermieristico: il rapporto numerico fra infermieri e medici sarà da individuare in base alle attività istituite. Inizialmente verranno utilizzati i parametri individuati nella sanità di iniziativa.
 - il personale amministrativo di segreteria per l'attività istituzionale e le attività comuni di tutti i professionisti presenti nell'UCCP;
 - alcuni servizi di medicina specialistica individuati sui bisogni degli pazienti relativi al bacino d'utenza e/o, in alternativa, tele medicina e/o una diagnostica di I livello;
 - personale sociale e/o di assistenza sociosanitaria.
4. Garantisce la presa in carico dei pazienti per le problematiche sanitarie non differibili per tutto l'arco della giornata. Possiede una rete informatica che crei una base informativa comune utilizzata da tutti i professionisti che ne fanno parte.
5. Viene costituita all'interno di un ambito territoriale della Medicina Generale.
6. Tutti i medici di MG aderiscono alla medicina d'iniziativa.
7. Per quanto è previsto dall'art.26ter, comma 2 relativamente alla riallocazione degli incentivi e delle indennità, fino ad allora di competenza dei medici che entrano a far parte dell'UCCP (associazionismo, impiego dei collaboratori di studio ed infermieristici e degli strumenti informatici), per garantire un quadro di tutela sia dei diritti previdenziali che dei diritti di equità di trattamento di tutti i medici partecipanti, ogni iniziativa locale in tal senso, prima della sua applicazione, dovrà essere approvato dal comitato regionale per una verifica di coerenza con gli accordi vigenti. La casistica raccolta consentirà di elaborare linee di indirizzo da utilizzare successivamente nelle trattative aziendali.

Compiti dei MMG nelle sedi di UCCP

Per i compiti si fa riferimento a quelli previsti dall'art. 26-ter del vigente ACN ed in particolare:

- ✓ Erogare ai cittadini le prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

- ✓ Erogare assistenza sanitaria e diagnostica di 1° livello anche al fine di ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso
- ✓ Mettere in atto i principi della sanità di iniziativa per la presa in carico globale del paziente cronico ed effettuare tutte le attività tipiche della prevenzione primaria e secondaria (educazione sanitaria, stili di vita, AFA...). In questo senso l'UCCP rappresenta il luogo ideale dove poter sviluppare appieno tali attività
- ✓ Raccordarsi con l'AFT per quanto riguarda la gestione del budget assegnato e degli obiettivi da raggiungere
- ✓ Fornire prestazioni sociosanitarie integrate, con particolare riguardo alla domiciliarità e residenzialità, nell'ambito degli obiettivi concordati dall'Azienda con l'AFT, con l'obiettivo, in questo caso, di ridurre al minimo la necessità di istituzionalizzare i cittadini
- ✓ Garantire una presa in carico dei pazienti per le problematiche sanitarie non differibili per tutto l'arco della giornata

Il coordinatore dell'UCCP

Il coordinatore dell'UCCP è eletto dai medici convenzionati che ne fanno parte e la nomina è ratificata con atto aziendale;

Il Coordinatore dell'UCCP ha i seguenti compiti:

- Coordina le attività cliniche dell'UCCP
- Si rapporta per le problematiche organizzative con i Dirigenti Distrettuali e le altre strutture presenti a livello aziendale ed ospedaliero
- Si rapporta con il Medico di Comunità responsabile organizzativo della UCCP
- Si rapporta con i Coordinatori dell'AFT, con gli specialisti ambulatoriali, con la Direzione di Zona Distretto e con la Direzione Aziendale
- Risponde del raggiungimento degli obiettivi dell'UCCP

Remunerazione del Coordinatore

La remunerazione del coordinatore della UCCP sarà oggetto di successivo accordo con le organizzazioni sindacali e avrà a riferimento quanto concordato nell'AIR e quanto sarà definito nel nuovo ACN.

Il sistema informativo dell'UCCP

L'UCCP deve essere dotata di un idoneo sistema informativo, collegato con il sistema aziendale, che risponda alle necessità di tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza.

Rapporti dell'UCCP con le altre forme associative della MG ex art. 54 ACN

L'UCCP potrà ricomprendere una o più forme associative di cui all'art 54 dell'ACN. Le relative indennità potranno essere riviste in rapporto a quanto previsto dall'art. 26 ter dell'ACN. I MMG che ne fanno parte saranno comunque tenuti al rispetto di quanto espresso al punto "compiti del MMG all'interno dell'UCCP".

Obiettivo della Regione Toscana è l'identificazione della CdS con l'UCCP per questo motivo ogni CdS/ UCCP deve essere approvata da un accordo ratificato a livello del comitato aziendale della Medicina generale e successivamente presentato al Comitato Regionale della stessa ai sensi dell'ACN attualmente in vigore.

MONITORAGGIO DEL MODELLO CASA DELLA SALUTE

Livello regionale

La Regione Toscana, con il contributo di ARS e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (Laboratorio MeS):

- monitora e valuta l'impatto di queste strutture in termini di copertura territoriale, assistenziali e di costi/benefici;
- precisa, quando necessario, i criteri di definizione funzionale, strutturale e costruttivi delle CdS;
- propone al comitato regionale della medicina generale l'attribuzione delle singole strutture candidate alla definizione di CdS/UCCP e la relativa tipologia;
- propone indicatori da concordare con le OOSS dei medici;
- definisce e realizza in tempi concordati e sulla base dei criteri espressi in questo documento, il percorso di accreditamento sanitario;
- rileva, tramite flusso informativo specifico, i dati di struttura ed organizzativi di ogni CdS/UCCP

Progettualità specifiche

Le CdS attueranno progettualità specifiche per la promozione dell'integrazione territorio-ospedale; in particolare potranno essere sperimentati specifici percorsi di raccordo con i servizi ospedalieri per:

- Pronto Soccorso

Sulla base dell'analisi della casistica afferente al Pronto Soccorso che insiste nell'area di riferimento della CdS, i coordinatori organizzativi e clinici definiranno risposte assistenziali appropriate nel giusto setting di cura. Verranno attivate campagne informative rivolte alla popolazione e destinate ai rispettivi bacini di utenza delle CdS per diffondere l'informazione sui servizi offerti dalle stesse e rendere consapevoli le persone dell'opportunità di farvi riferimento.

- Nuove forme di presa in carico

I medici MMG e convenzionati che operano all'interno della CdS/UCCP, al fine di rispondere più efficacemente ed in maniera più efficiente ai bisogni assistenziali dei pazienti, in particolare di quelli assistiti in medicina d'iniziativa, disporranno di agende di prenotazione dedicate per diagnostica e specialistica, con un numero di prestazioni dedicate (attraverso piattaforma) a seconda dei piani di assistenza individuali. La logica da perseguire non è quella di erogare un insieme di prestazioni, ma un percorso di cura in forma multi-professionale e multi-disciplinare.

Nota: il presente documento potrà essere aggiornato nei criteri e parametri identificati, in linea con i risultati ottenuti dopo un periodo di implementazione.