

Atto di indirizzo sulle Case della Salute in applicazione alla L.R. 4 giugno 2019, n. 29 "Le Case della Salute. Modifiche alla L.R. 40/2005"

1. Premessa

Con la deliberazione Giunta Regionale n. 139 del 25/02/2008, che approva progetti pilota in alcune Aziende Sanitarie, la Regione Toscana istituisce le Case della Salute (CdS), quali strutture del S.S.R. La deliberazione di Giunta Regionale n. 117 del 16/02/2015 inquadra definitivamente la Casa della Salute nel sistema sanitario regionale, definendo le linee di indirizzo finalizzate alla loro implementazione sul territorio come elementi fondamentali ed essenziali della rete dei servizi aziendali delle Cure Primarie.

I risultati di una ricerca congiunta tra Regione Toscana, Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa e Agenzia Regionale di Sanità hanno messo in evidenza le dinamiche di implementazione del modello Case della Salute in termini di offerta e impatti positivi e punti di criticità. Inoltre, si è evidenziata una certa variabilità del modello tra le diverse realtà locali. In questo contesto, si è ritenuto opportuno intraprendere un percorso di revisione insieme ai principali stakeholder coinvolti (professionisti, pazienti, decisori e ricercatori) al fine di delineare nuovi filoni di sviluppo.

2. I risultati della mappatura organizzativa

Ad oggi sono aperte in Toscana 70 CdS, di cui 25 nella Azienda USL Toscana Nordovest, 23 nella Sudest, 22 nella Centro.

Al momento della mappatura condotta dal MeS nel 2015, erano presenti in Toscana 52 Case della Salute, di cui 21 nell'Azienda Toscana Nord-Ovest, 15 nell'Azienda Toscana Centro e 16 nell'Azienda Toscana Sud-Est. A marzo 2017 ne risultavano attive 60.

All'epoca dell'indagine, in Toscana erano circa 412.000 i pazienti il cui medico di medicina generale operava in una Casa della Salute; i bambini assistiti dai pediatri di famiglia operanti in Casa della Salute erano invece circa 30.300.

Dalla mappatura è emerso che le 52 Case della Salute coinvolgono circa 2.000 professionisti sanitari, sociosanitari e sociali, tra cui 363 medici di medicina generale, 39 pediatri di famiglia, 56 medici di comunità, 514 infermieri, 152 medici di continuità assistenziale, 503 specialisti, 127 assistenti sociali, 166 OSS e 238 amministrativi. I servizi presenti in oltre l'80% delle Case della Salute erano: lo studio del medico di medicina generale, l'ambulatorio infermieristico, l'ambulatorio specialistico, i servizi di assistenza sociale, il CUP, il punto prelievi, ufficio di accoglienza ed amministrativi. In tutte era attiva la sanità di iniziativa. Le attività specialistiche più frequentemente presenti erano: cardiologia, ostetricia-ginecologia e oculistica. Una fotografia più ravvicinata delle Case della Salute aperte evidenziava una notevole differenza in termini di offerta di servizi, professionisti e attività presenti. L'apertura media giornaliera (da lunedì a venerdì) delle Case della Salute era di 12 ore.

Da un'indagine rivolta a tutti i medici di medicina generale risultava che, i medici operanti in Casa della Salute, erano statisticamente più soddisfatti dei medici che lavoravano in altro contesto: più del 60% dei medici riteneva che il modello avesse inciso positivamente o molto positivamente sull'organizzazione del lavoro ambulatoriale.

Dalla stessa indagine risultava che i pazienti affetti da malattie croniche, assistiti da medici di medicina generale con ambulatorio in una Casa della Salute, erano soddisfatti dell'assistenza ricevuta e delle modalità integrate di risposta ottenute grazie al lavoro congiunto svolto dal proprio medico di medicina generale, dagli infermieri, dagli specialisti e dagli altri professionisti che esercitano nella stessa struttura

Gli studi svolti hanno, altresì, messo in luce che il modello di erogazione dell'assistenza nelle Case della Salute, ad opera del team multiprofessionale, rappresenta un beneficio particolarmente significativo per gli assistiti con bisogni complessi che più frequentemente ricorrono ai i servizi di assistenza primaria, ospedaliera, d'emergenza e specialistici.

3. Il nuovo modello di Casa della Salute

Oltre all'atto di indirizzo del Consiglio Regionale, la presente proposta tiene conto del percorso di consensus conference che ha coinvolto oltre un centinaio di partecipanti: rappresentanti delle Direzioni Aziendali e della programmazione di Area Vasta, direttori delle Zone-Distretto/SdS (Società della Salute), professionisti, tra cui medici di medicina generale, infermieri, assistenti sociali, specialisti, operatori della prevenzione e delle cure primarie, rappresentanti della cittadinanza e degli enti locali.

Il processo partecipato è servito a condividere gli elementi che devono caratterizzare il modello organizzativo della CdS, diversificandolo in maniera significativa dai semplici poliambulatori e presidi distrettuali. In particolare, è necessario superare l'approccio che basava la caratterizzazione della CdS prevalentemente su requisiti strutturali (presenza di servizi, numero di professionisti ed orario di apertura) definiti nella DGR 117/2015, riconoscendo invece, come elementi caratterizzanti, i requisiti di processo, cioè le progettualità elaborate per ciascuna CdS, contenenti obiettivi, attività e percorsi di orientamento e assistenziali definiti dai team che lavorano in ciascuna CdS. Sulla base degli obiettivi e percorsi, all'interno di tali progettualità, si determinano conseguentemente i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali necessari al loro soddisfacimento. E' opportuno superare anche la classificazione delle CdS per diverso livello di complessità, come definito nella DGR 117/2015, riconoscendo invece che è la complessità degli obiettivi a determinare gli orari di apertura, l'intensità della presenza dei professionisti e la strumentazione adeguata.

La Regione Toscana impegna le Direzioni Aziendali delle Aziende Territoriali a realizzare almeno una CdS in ciascuna Zona/Distretto/SdS della Regione Toscana entro il 2020, con l'obiettivo di istituire almeno una CdS per ogni AFT entro il 31.12.21.

4. L'organizzazione della Casa della Salute

La L.R. 40/05 all'art.71 vicies semel disciplina la CdS come struttura polivalente, nell'ambito della Zona/Distretto, facente parte integrante dell'organizzazione del servizio sanitario regionale

La Casa della Salute rappresenta un modello di sanità territoriale attraverso cui i cittadini possono disporre, nell'ambito della Zona-Distretto/SdS, di una struttura polivalente quale punto di riferimento certo per la presa in carico della domanda di salute e di cura, per la continuità assistenziale e, attraverso la sinergia con le istituzioni locali e gli attori sociali del territorio, per una più efficace garanzia dei livelli essenziali di assistenza sociosanitaria (L.R. 40/05).

Le finalità delle Case della Salute sono descritte all'art. 71 vicies bis della stessa L.R.:

- fornisce un punto unitario di accesso alla rete integrata dei servizi, che garantisce attraverso i suoi professionisti una presa in carico complessiva della persona
- favorisce l'integrazione fra i professionisti che erogano i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali attraverso la contiguità spaziale dei servizi e la multidisciplinarietà degli interventi
- valorizza il ruolo delle comunità locali ai fini della prevenzione e promozione della salute anche nell'ambito di specifiche progettualità.

Nella Casa della Salute vengono svolti i progetti di sanità di iniziativa, la presa in cura dei pazienti cronici e complessi, i progetti di prevenzione e promozione della salute da comunità professionali multidisciplinari.

La Casa della Salute è un presidio integrato sociosanitario della rete territoriale, la cui organizzazione è affidata alla Zona-Distretto/SdS. Le attività della Casa della Salute sono quindi inserite, in linea con la programmazione aziendale e coerentemente con l'analisi dei bisogni locali, nella programmazione di Zona-Distretto/SdS stessa, che definisce strategicamente gli obiettivi di salute in rapporto con gli altri servizi territoriali e ospedalieri.

La CdS si caratterizza per essere un luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, contestualizzando i suoi bisogni.

Tutti i professionisti sanitari, sociosanitari e sociali afferenti alla Casa della Salute costituiscono un team multiprofessionale ed elaborano in maniera condivisa con la comunità, specifiche progettualità operative per il territorio, basate sulla presa in carico proattiva della cronicità e della complessità, l'integrazione

sociosanitaria, la promozione della salute e l'invecchiamento attivo, che si traducono in percorsi assistenziali e con la presa in carico personalizzata dei singoli cittadini.

In particolare, ai sensi della norma regionale, le modalità attuative della partecipazione dei cittadini deve garantire il coordinamento con le attività del comitato di partecipazione di Zona-Distretto/SdS.

Le progettualità devono esplicitare la missione e gli obiettivi che i professionisti, nell'ambito delle macrofunzioni proprie della CdS, si prefiggono di raggiungere.

In particolare, per ciascuna CdS viene definito un documento attuativo relativo alle funzioni della CdS ed alle modalità di svolgimento delle attività che vengono proposte dalla Direzione Aziendale, sottolineando come si intenda garantire il coinvolgimento della comunità, quando necessario.

Gli elementi che caratterizzano il modello della Casa della Salute sono prevalentemente requisiti di processo. Identificano, quindi, obiettivi, attività e percorsi assistenziali di riferimento per i professionisti che lavorano nella Casa della Salute. In base a questi, si determinano conseguentemente i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali necessari al soddisfacimento e garanzia degli obiettivi e percorsi. In questo senso, la complessità degli obiettivi determina gli orari di apertura delle sedi, l'intensità della presenza dei professionisti e la strumentazione adeguata.

Nella Casa della Salute devono essere presenti alcuni dei professionisti, se non tutti, del team integrato multidisciplinare, che viene specificato in dettaglio di seguito.

Data la sua natura di rete nella comunità di riferimento, la CdS, e nello specifico il team dei professionisti coinvolti, privilegia lo sviluppo, la sperimentazione e l'implementazione di interventi ed azioni innovative all'interno dei percorsi territoriali sanitari e sociosanitari, integrandosi con la struttura ospedaliera.

La Casa della Salute costituisce un punto di riferimento per la popolazione: favorisce l'accessibilità e garantisce la continuità dell'assistenza nell'arco della giornata, preferibilmente per tutti i giorni della settimana, e contribuisce, insieme alla rete dei servizi e dei professionisti, a promuovere la conoscenza e l'accesso ai servizi ed ai percorsi sanitari e sociosanitari territoriali, all'interno della propria sede ed in rete con tutti gli altri servizi presenti nella Zona-Distretto/SdS.

La Cds si rivolge all'intera popolazione della Zona-Distretto/SdS in cui ha sede, svolgendo funzioni di accoglienza ed orientamento, prevenzione e promozione della salute, identificazione e valutazione del bisogno ed erogazione dell'assistenza (presa in carico e follow up), tenendo conto delle specifiche caratteristiche sociodemografiche e della complessità del bisogno sociosanitario delle persone. Lo scopo è quello di garantire alla popolazione prossimità ed equità di accesso alle cure.

I MMG che operano nella CdS devono appartenere all'ambito territoriale su cui insiste la CdS stessa.

Al tal fine, anche in quei territori che sono caratterizzati da dispersione abitativa e con caratteristiche orogeografiche peculiari, la Casa della Salute, riconosciuta come "struttura territoriale dell'Azienda" può essere organizzata con una sede principale e una o più sedi secondarie ben riconoscibili e soprattutto, anche nel secondo caso, caratterizzate dalla presenza multidisciplinare.

Tali realtà dovranno essere distribuite sul territorio in funzione della programmazione della Zona-Distretto/SdS, coerentemente con l'indirizzo regionale ed aziendale.

La CdS non può essere considerata l'unica soluzione in termini di offerta territoriale ma rappresenta una opportunità assistenziale e di servizi innovativa nell'ambito dell'integrazione delle cure primarie. Per tale motivo, nell'ambito degli atti di programmazione territoriale (PIS), dovranno essere esplicitate le motivazioni relative all'eventuale assenza di CdS nella Zona-Distretto/SdS, nell'ottica di una possibile risoluzione delle problematiche che ne impediscono la realizzazione.

Le sedi delle CdS dovranno essere prioritariamente realizzate presso immobili aziendali consoni per lo svolgimento delle funzionalità che le caratterizzano.

In assenza di una sede aziendale adeguata, è possibile realizzare la CdS anche in strutture messe a disposizione da parte dei Comuni, Enti pubblici, Cooperative mediche, volontariato, secondo le modalità previste dalla normativa vigente. La creazione di una nuova CdS dovrà tener in considerazione l'offerta dei servizi territoriali già presenti e degli immobili aziendali, nell'ottica della valorizzazione del patrimonio edilizio esistente-

Come sopra evidenziato, l'elemento che contraddistingue la CdS, differenziandola dagli altri presidi territoriale, è l'integrazione professionale e multidisciplinare che si identifica nel "team multiprofessionale".

Il Team multiprofessionale a cui tendere prevede:

- medici di medicina generale, singoli o in associazionismo, con il personale di supporto, previsto dall'ACN,

- pediatri di famiglia,
- specialisti del SSR, in regime di attività istituzionale,
- infermieri delle cure territoriali,
- assistenti sociali, laddove possibile con presenza fisica, altrimenti con raccordo funzionale,
- personale amministrativo.

Al fine di favorire il coordinamento del team integrato multidisciplinare e facilitare il coordinamento e l'integrazione dei percorsi assistenziali, è preferibile la compresenza fisica dei professionisti.

Concorre a valorizzare la progettualità della CdS la presenza o l'integrazione funzionale di:

- medici della continuità assistenziale;
- altre figure professionali (fisioterapista, ostetrica, dietista, psicologo ecc.) coerentemente agli obiettivi ed alle progettualità definite.

5. La Medicina Generale nel Team multiprofessionale della Casa della Salute

E' obiettivo di Regione Toscana che i medici di medicina generale abbiano come riferimento, in ogni Zona/Distretto, almeno una Casa della Salute, in linea con il piano regolatore aziendale. In tale ottica, la medicina generale collabora con i professionisti sanitari e sociosanitari della Casa della Salute alla valutazione del bisogno presente nella comunità e alla definizione degli interventi e percorsi assistenziali.

E' auspicabile che i MMG che insistono in ambito territoriale afferente alla CdS abbiano lo studio principale all'interno della stessa.

I MMG presenti nella CdS devono aderire a tutte le progettualità individuate a livello regionale (sanità d'iniziativa, vaccinazioni e quanto previsto dagli AIR).

6. Le logiche dell'integrazione

L'integrazione professionale e multidisciplinare rappresenta uno degli elementi fondanti la Casa della Salute. In tal senso, l'integrazione potrà prevedere:

- condivisione degli obiettivi e progettualità dei professionisti operanti nella CdS, attraverso la programmazione operativa delle azioni legate agli obiettivi comuni e il monitoraggio delle stesse in maniera sistematica e strutturata
- condivisione di spazi e risorse comuni al fine di facilitare la collaborazione e renderla parte integrante del lavoro nella CdS
- condivisione dei dati clinici in maniera informatizzata, nel rispetto della vigente normativa privacy
- condivisione di modalità di collaborazione con il setting specialistico finalizzate alla continuità assistenziale dei pazienti
- discussione ed individuazione di modalità condivise di attuazione dei PDTA e dei percorsi di integrazione sociosanitaria contestualizzate rispetto alla comunità e agli obiettivi dei professionisti che lavorano all'interno della CdS
- definizione e condivisione dei Piani Assistenziali Individuali per i pazienti cronici, complessi e per la prevenzione individuale
- discussione e confronto su casi attraverso audit/peer review al fine di facilitare tra i professionisti il governo clinico dei percorsi e dei piani assistenziali

L'integrazione con la specialistica potrà essere realizzata anche attraverso l'utilizzo dell'ICT, laddove le caratteristiche della CdS non permettano modalità diverse.

Per il coordinamento della CdS, nelle strutture aziendali sono individuati un Coordinatore organizzativo ed un Coordinatore clinico. Nelle strutture non aziendali le due funzioni saranno esercitate dal coordinatore clinico.

Il coordinatore organizzativo è identificato, dalla Direzione della Zona-Distretto/SdS, tra i medici di comunità. Il coordinatore organizzativo, o il coordinatore clinico, qualora la CdS non sia collocata in struttura aziendale, ha la responsabilità della Casa della Salute e della sua funzionalità. Il coordinatore organizzativo agisce favorendo l'integrazione organizzativa e professionale di tutti gli operatori presenti nella struttura.

Il coordinatore organizzativo:

- contribuisce, insieme al coordinatore clinico, alla stesura della progettualità della CdS quale documento attuativo della programmazione zonale, partendo da un'analisi dei bisogni locali della comunità
- costituisce il raccordo tra la struttura, la Zona-Distretto/SdS, e l'ospedale di riferimento ed è l'interfaccia organizzativa con le altre strutture aziendali coinvolte nell'attuazione degli obiettivi della CdS agisce favorendo l'integrazione organizzativa e professionale ed il lavoro in team
- monitora l'attuazione ed i risultati degli interventi in relazione agli obiettivi concordati dandone feedback agli operatori
- organizza in accordo col Coordinatore clinico, riunioni strutturate e periodiche di confronto con i professionisti della CdS su linee di azione, obiettivi e progettualità della CdS
- supporta la zona distretto/SdS nella programmazione e monitoraggio dei risultati conseguiti
- promuove, insieme al coordinatore clinico, momenti di informazione rivolte alla popolazione sui servizi e di promozione alla salute
- nelle sue attività si avvale della collaborazione del Referente AFT della Specialistica della Zona/Distretto in cui si trova la CdS, in particolare per tutti quei progetti che prevedono la necessità di collaborazione con gli specialisti.

Il coordinatore clinico è individuato dai medici che svolgono la loro attività all'interno della CdS.

In particolare:

- coordina le attività cliniche della CdS nell'ambito dei percorsi definiti, ed in particolare quelle dei medici di medicina generale, in collaborazione con il Dipartimento della Medicina generale, promuovendo il confronto continuo, la conduzione degli audit clinici e l'aggiornamento
- contribuisce, insieme al coordinatore organizzativo, alla stesura della progettualità della CdS quale documento attuativo della programmazione zonale, partendo da un'analisi dei bisogni locali della comunità
- costituisce il riferimento per i rapporti fra i MMG operanti nella CdS e gli specialisti di riferimento
- organizza, in accordo col Coordinatore Organizzativo, momenti di discussione ed individuazione di modalità condivise di attuazione dei PDTA e percorsi di integrazione sociosanitaria, promuovendone e monitorandone l'implementazione
- si rapporta per le problematiche organizzative dei PDTA/PAI con le altre strutture coinvolte.

7. Le funzioni da assicurare ai cittadini nella Casa della Salute

I professionisti che operano nella Casa della Salute devono garantire tre principali funzioni:

- la prevenzione e promozione della salute della comunità
- i percorsi di presa in carico della cronicità e complessità
- i percorsi di integrazione sociosanitaria

I professionisti che operano nella Casa della Salute, attraverso i servizi presenti nella struttura, offrono altresì risposta ai bisogni di salute della popolazione sana (in termini di identificazione, presa in carico e follow up).

La seguente matrice identifica le funzioni specifiche e la popolazione target.

<i>Assistenza (presa in carico e follow up)</i>	Servizi rivolti alla popolazione sana	Percorsi di presa in carico della cronicità e complessità	Percorsi di integrazione socio- sanitaria
<i>Identificazione e valutazione del bisogno</i>			
<i>Prevenzione e promozione della salute</i>	Prevenzione e promozione della salute della comunità		
Aree di intervento Target	<i>Sani</i>	<i>Cronici</i>	<i>Fragili</i>

7.1 Prevenzione e promozione della salute della comunità

Nello specifico la CdS persegue i seguenti obiettivi:

1. organizzare ed essere sede di iniziative di educazione e promozione alla salute per la e nella comunità.
2. promuovere ed essere sede di attività ed iniziative legate all'invecchiamento attivo, al mantenimento in buona salute della popolazione anziana e all'autogestione della cronicità e complessità.
3. Identificare in maniera proattiva i bisogni sociali e di salute della popolazione.

7.2 Percorsi di presa in carico della cronicità e complessità

I professionisti del SSR garantiscono la funzione di **presa in carico della cronicità**, considerando la complessità ed intensità dei bisogni sanitari e sociali della popolazione.

Nella Casa della Salute la funzione di presa in carico è favorita dalla compresenza delle figure professionali che compongono il team assistenziale, coordinato dal medico che ha in carico il paziente. Nello specifico sono delineati i seguenti obiettivi:

1. definire il piano assistenziale individuale (PAI) del paziente cronico, coordinando e monitorando il percorso assistenziale integrato
2. assicurare l'implementazione della sanità di iniziativa

La Casa della Salute, sede di punto insieme, quale canale di ingresso unico ai percorsi di assistenza integrata, è il luogo ideale dell'implementazione della presa in carico della cronicità tramite il modello della sanità di iniziativa, come definito dalla Regione Toscana, in quanto momento privilegiato di integrazione fra i professionisti, tra cui il medico di medicina generale, il personale infermieristico, gli

assistenti sociali e i medici specialisti, coordinati dal medico di medicina generale. In particolare, per quel target di popolazione individuato come fragile, che assorbe il 70% delle risorse del SSR.

3. assicurare la continuità assistenziale ai diversi livelli e tra i diversi setting, compreso quello ospedaliero

7.3 Percorsi di integrazione sociosanitaria

Obiettivi specifici:

1. costituire un punto di riferimento per bisogni sociosanitari.
2. garantire la presa in carico multiprofessionale integrata sociosanitaria.
3. promuovere la presa in carico e il coinvolgimento dei caregiver.

8. Attuazione e monitoraggio del modello delle CdS

L'apertura di nuove Case della Salute deve essere comunicata alla Regione Toscana, specificando i dati relativi alle progettualità ed alle caratteristiche strutturali ed organizzative di ogni CdS. Tali dati dovranno essere aggiornati annualmente.

La Regione Toscana, con il contributo di ARS e del Laboratorio MeS, si occupa del monitoraggio dell'implementazione delle CdS e dei risultati raggiunti. In base all'esplicitazione delle singole progettualità, sarà possibile valutare l'impatto delle specifiche politiche attuate dai professionisti operanti nelle CdS.

Viene istituito un Osservatorio Regionale del quale fanno parte referenti dei professionisti che operano nelle CdS, MMG individuati dal Comitato Regionale della medicina generale, i Direttori dei Dipartimenti del Territorio e della Medicina Generale, medici specialisti per condividere i dati di monitoraggio sulle CdS e supportare la governance regionale. L'Osservatorio incontra, con cadenza annuale, i rappresentanti della Conferenza Regionale dei Sindaci e del Comitato regionale per la partecipazione.

Le informazioni di sintesi sulle CdS attive in Toscana sono pubblicate sul sito della Regione Toscana.

Tutte le Case della Salute devono aderire al modello come disciplinato dal presente atto. La Regione, coadiuvata dal Comitato Regionale della Medicina Generale, verifica l'aderenza della Case della Salute al modello, con particolare riferimento al ruolo svolto dai MMG nel rispetto di quanto previsto dal vigente ACN medicina generale, dagli AIR e dagli atti regionali inerenti le CdS.

Ogni altro eventuale atto successivo tendente a modificare il presente modello di Casa della Salute deve essere concordato anche nel Comitato Regionale della Medicina Generale.