



seduta del 14/04/2014
delibera 452

pag. 1
-----------

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 231 LEGISLATURA N. IX

DE/ME/SAS Oggetto: Linee guida per l'organizzazione funzionale delle Case  
O NC della Salute. Approvazione

Prot. Segr.  
508

Lunedì 14 aprile 2014, presso l'Università di Camerino, Palazzo Ducale, Sala degli Stemmi, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- |                      |            |
|----------------------|------------|
| - GIAN MARIO SPACCA  | Presidente |
| - PAOLA GIORGI       | Assessore  |
| - MARCO LUCHETTI     | Assessore  |
| - MAURA MALASPINA    | Assessore  |
| - PIETRO MARCOLINI   | Assessore  |
| - ALMERINO MEZZOLANI | Assessore  |
| - LUIGI VIVENTI      | Assessore  |

Sono assenti:

- |                   |                |
|-------------------|----------------|
| - ANTONIO CANZIAN | Vicepresidente |
| - SARA GIANNINI   | Assessore      |

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale, Gian Mario Spacca. Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale, Elisa Moroni. Riferisce in qualità di relatore l'Assessore Almerino Mezzolani. La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: \_\_\_\_\_
- alla P.O. di spesa: \_\_\_\_\_
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il \_\_\_\_\_

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente del Consiglio regionale il \_\_\_\_\_  
prot. n. \_\_\_\_\_

L'INCARICATO

M



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Delibera  
452

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

**OGGETTO: Linee guida per l'organizzazione funzionale delle Case della Salute.  
Approvazione.**

**LA GIUNTA REGIONALE**

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dal Servizio Sanità, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta del Dirigente del Servizio Sanità che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1;

**DELIBERA**

- di approvare il documento allegato A, quale parte integrante e sostanziale alla presente deliberazione, "Linee guida per l'organizzazione funzionale delle Case della Salute".

**IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA**

Elsa Mordani

**IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA**

Gian Mario Spacca



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Delibera

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

452

## DOCUMENTO ISTRUTTORIO

### 1. Normativa di riferimento

- DGR n.1044 del 22/06/2009: "Legge 662/96, art.1 comma 34 e 34 bis. Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009, individuati nell'Accordo del 25 marzo 2009, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano".
- DGR n.1634 del 15/11/2010: "Legge 662/96, art.1 comma 34. Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009, individuati nell'Accordo del 8 luglio 2010, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano".
- DGR n.1512 del 14/11/2011: "Legge 662/96, art.1 comma 34 e 34 bis. Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011, individuati nell'Accordo del 20 aprile 2011 e nell'integrazione dell'Accordo del 27 luglio 2011, tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano".
- Piano Sociosanitario Regionale 2012-2014 approvato con Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n° 38 del 20/12/2011.
- DGR n. 1696 del 03/12/2012: "Direttiva vincolante per i Direttori Generali degli Enti del SSR, per l'attuazione del D.L. 95/12 convertito in Legge 135 del 7 agosto 2012 concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini".
- DGR n. 735 del 20/05/2013: "Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012".

### 2. Motivazione

Negli ultimi anni sulla base delle indicazioni del Ministero della Salute per il perseguimento degli obiettivi prioritari di PSN c'è stato un forte impulso nella realizzazione delle Case della Salute, che rappresentano l'elemento strutturale dove ricomporre l'unitarietà del setting di offerta territoriale finalizzato a dare alle cure primarie una identità che possa essere il riferimento strutturale per i cittadini per tutte le problematiche di salute da trattare in ambito extraospedaliero.

Con le DDGRR nn. 1044/09, 1634/10 e 1512/11, la Regione Marche ha inteso attivare un percorso di progettazione ed implementazione delle Case della Salute in coerenza con il perseguimento degli obiettivi prioritari del PSN.

Il Piano Sociosanitario Regionale 2012-2014 approvato con Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n° 38 del 20/12/2011 ha previsto nell'ambito della rete territoriale lo sviluppo della diffusione territoriale delle Case della Salute.

Parallelamente nel corso del secondo semestre del 2011, l'ARS ha effettuato una ricognizione sulle strutture esistenti sul territorio regionale riconducibili al modello Casa della Salute per codificare le varie esperienze attivate.



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

Da tale ricognizione è emersa la conferma di quanto riportato nelle varie esperienze nazionali, e cioè che non esiste un modello organizzativo unico in quanto ogni struttura è espressione delle caratteristiche del territorio a cui si rivolge, sia in senso oro geografico che di densità di popolazione, ma anche rispetto alle risorse organizzative esistenti, in quanto la Casa della Salute rappresenta il luogo fisico ove avviene la ricomposizione dell'offerta di servizi di cure primarie in precedenza frammentata nel territorio.

La Deliberazione della Giunta Regionale n. 1696 del 03/12/2012, nel declinare operativamente le linee strategiche del Piano Sociosanitario Regionale 2012-2014 ha previsto che fossero adottate delle linee guida organizzative per favorire la progettazione territoriale delle Case della Salute.

Tali linee guida devono necessariamente descrivere una cornice organizzativa per consentire da un lato una progettazione che possa tener conto delle peculiarità, di offerta e popolazione, esistente sui vari territori e dall'altro una codifica organizzativa che consenta di riconoscere differenti livelli di complessità in rapporto al ruolo che la Casa della Salute svolge per la popolazione di riferimento.

Pertanto, anche sulla base della revisione della letteratura nazionale esistente, sono state predisposte da parte dell'Agenzia Sanitaria Regionale le linee guida organizzative, contenute nel documento allegato, che sono state presentate e condivise con l'ASUR nel corso di diversi incontri. L'obiettivo fondamentale è quello di favorire la diffusione di una rete territoriale di strutture che, riunendo in un unico contenitore funzionale le opzioni di offerta di servizi presenti sul territorio, attivi le sinergie operative per autonomizzare il complesso delle cure primarie, e quindi primariamente le Equipe Territoriali della Medicina Generale, nella gestione dei percorsi di diagnosi e cura per le patologie a maggiore impatto epidemiologico.

All'interno della rete, le Case della Salute si caratterizzeranno per livelli crescenti di complessità organizzativa (bassa, media e alta) a seconda del bacino di utenza e delle correlate funzioni presenti, che dipendono da quelle già attive e presenti sul territorio, e dalla cui ricomposizione strutturale produrre le sinergie operative attese.

Ciascuna casa della salute dovrà, ovviamente, essere assoggettata alle procedure di autorizzazione e accreditamento previste dalla vigente normativa, per le funzioni presenti.

Il documento di cui all'allegato A alla presente proposta, è stato inviato e discusso con tutte le Organizzazioni Sindacali della Medicina Generale, della Pediatria di Libera Scelta e della specialistica Ambulatoriale interna nelle riunioni dei giorni 17 e 26 marzo 2013 ed è stato integrato con il contributo delle stesse.

Per tutto quanto esposto, **si propone** alla Giunta Regionale:

- di approvare il documento allegato A, quale parte integrante e sostanziale alla presente deliberazione, "Linee guida per l'organizzazione funzionale delle Case della Salute".

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO  
Carmine Di Bernardo



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Delibera  
452

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

### PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta Regionale. Attesta, inoltre, che dalla presente deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'  
Piero Ciccarelli

La presente deliberazione si compone di n. 22 pagine, di cui n. 17 pagine di allegati che fanno parte integrante e sostanziale della stessa.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
Elisa Moroni



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

**ALLEGATO A**

**LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE DELLA CASA DELLA SALUTE**

**1. INTRODUZIONE**

Il radicale mutamento del quadro epidemiologico, demografico e tecnologico degli ultimi decenni impone un cambiamento nelle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria che deve caratterizzarsi per un crescente investimento nell'assistenza a favore di soggetti affetti da patologie cronic-degenerative: questa revisione del paradigma assistenziale richiede investimenti diversi, meno concentrati sull'area ospedaliera e orientati invece al rafforzamento del sistema territoriale (cure primarie e cure intermedie o sistema della domiciliarità e residenzialità delle cure) ed alla promozione dell'integrazione e del coordinamento, sia professionale (tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, medici in formazione attraverso i Tirocini Professionalizzanti compatibilmente con la normativa vigente, specialisti ambulatoriali convenzionati e dipendenti e altri professionisti sanitari) che organizzativo (tra livelli assistenziali), che rappresentano gli elementi imprescindibili per la concreta implementazione della presa in carico complessiva del paziente fragile e cronico.

L'opportunità di questo cambiamento dunque richiede una nuova organizzazione sanitaria, che investa sulle funzioni assistenziali territoriali come elemento di riequilibrio e di maggiore appropriatezza, efficienza e sostenibilità, nel processo di transizione che siamo vivendo.

L'integrazione tra i livelli assistenziali deve pertanto essere consolidata fin dal momento in cui il cittadino entra in contatto con il Servizio Sanitario, e deve avere come finalità quella di valutare quali professionisti/risorse coinvolgere nel percorso di cura e di presa in carico. Poiché l'accesso al sistema sanitario avviene prevalentemente attraverso le cure primarie è necessario svilupparne gli assetti organizzativi tenendo presente che, se da un lato, i medici di medicina generale sono nella posizione migliore per garantire l'assistenza primaria, dall'altro, la costituzione di team multidisciplinari e multiprofessionali, che coinvolgono sia i medici che le professioni sanitarie e tutto il necessario personale di supporto, rappresenta la soluzione migliore per fornire risposte coerenti ai bisogni assistenziali, in particolare modo per i pazienti affetti da polipatologie di tipo cronico.

Di conseguenza il Servizio sanitario nazionale sta spostando sempre di più l'attenzione dall'ospedale al territorio, per offrire una risposta adeguata ai bisogni attuali di salute. Per le Marche questa è una necessità ancor più stringente, considerata la profonda modifica della composizione demografica della popolazione avvenuta negli ultimi trent'anni, considerato che la popolazione residente ha un'aspettativa di vita alla nascita tra le più alte in Italia.

La realizzazione di questa nuova visione del Servizio sanitario regionale impone un cambiamento culturale radicale, che punta anzitutto allo sviluppo di reti cliniche integrate, tra ospedale e territorio, con la nascita di un nuovo nodo nella rete dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, la Casa della Salute, punto di riferimento certo per i cittadini, cui ci si può rivolgere in ogni momento per trovare la risposta più appropriata ai propri problemi di salute.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Delibera  
452

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

In tale tipologia di struttura sono ricollocati i servizi distrettuali, sociali e di prevenzione, le attività ambulatoriali specialistiche, anche facilitando l'aggregazione da sedi periferiche, al fine di ridurre la frammentazione ed aumentare le fasce orarie di apertura al pubblico e facilitare l'integrazione multi professionale.

Possono essere previste anche funzioni di lungodegenza post acuzie e/o riabilitazione funzionale per la continuità della presa in carico del paziente dimesso dagli Ospedali per acuti, sia funzioni di Day Surgery.

Il rafforzamento della rete territoriale e le cure intermedie rappresenterà un aiuto concreto alle famiglie che ogni giorno assistono i loro cari in strutture sanitarie o socio-sanitarie che non corrispondono per livello assistenziale alle reali esigenze del cittadino, costretto ad utilizzarle per la mancanza di alternative più appropriate.

Come gli ospedali, anche queste strutture potranno avere diversa complessità e diverse modalità di organizzazione, tenuto conto delle caratteristiche oro-geografiche del territorio e della densità della popolazione,

La nuova organizzazione del network territoriale prevede la suddivisione dell'assistenza in Cure primarie, cure domiciliari, cure residenziali e semiresidenziali (cosiddette Cure intermedie) ed è organizzata in stretta connessione con il network ospedaliero e l'alta specializzazione.

Caposaldo della nuova organizzazione del network territoriale è la Casa della Salute, modello già sperimentato da tempo in altre regioni virtuose per rafforzare presidi socio-sanitari dedicati alla post acuzie e alle fragilità.

La Casa della Salute rappresenta il luogo ove si sviluppano le cure primarie e le cure intermedie:

- Le cure primarie costituiscono l'area nella quale sono comprese quelle forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su tecnologie di base e metodi pratici, scientificamente validi, accessibili a tutti gli individui e alle famiglie nella comunità. Questa area permette di avvicinare l'assistenza sanitaria il più possibile ai luoghi di vita e di lavoro, in una prospettiva di continuità e si fonda sull'applicazione dei risultati significativi ottenuti dalla ricerca sociale e biomedica e sull'esperienza maturata in sanità pubblica. Deve essere sostenuta da sistemi di riferimento integrati, funzionali e di supporto reciproco, che consentano ai diversi professionisti di raccordare le loro attività, con un progressivo miglioramento dell'assistenza sanitaria globale per tutti, prioritariamente per coloro che hanno bisogni sociali e sanitari complessi: in tal modo si mette il cittadino al centro del sistema sanitario.

- Le cure intermedie costituiscono l'area delle cure che si trovano a metà strada fra l'intensività assistenziale delle cure ospedaliere e l'estensività assistenziale per la cronicità, garantita a domicilio o nelle strutture residenziali.

Essa è, pertanto, un sistema di servizi integrati, sanitari e sociali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali finalizzati a:

- garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera;
- favorire il recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti;



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

- soddisfare i bisogni dei cittadini che presentano una patologia che richiede un elevato grado di protezione;
  - evitare ricoveri impropri e potenzialmente dannosi nelle persone anziane.
- Gli Standard organizzativi previsti per le cure residenziali dovranno rispettare i parametri e le definizioni disposte dall'attuale assetto normativo.

In tutte le Case della Salute risulta essenziale il ruolo dei professionisti delle Cure Primarie, essendo questa una struttura sanitaria ad alta integrazione assistenziale con l'organizzazione distrettuale, nella quale sono previste, tra l'altro, attività dei Medici di medicina generale in forma integrata nelle 12 ore diurne e dei Medici della continuità assistenziale nelle 12 ore notturne, festivi e prefestivi.

La Medicina Generale nelle Marche si articola secondo una scelta organizzativo-funzionale che ha portato alla formazione delle Équipes Territoriali (ET). Queste rappresentano organismi funzionali della MG, che operano con radicamento infra distrettuale dal 2007, attraverso la costituzione di 53 Unità Professionali diffuse su tutto il territorio marchigiano.

Le ET, dotandosi di autonoma organizzazione funzionale, possono ricomprendere lo stato di Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), previsto dal vigente ACN. All'interno di tale setting può iscriversi il processo di riorganizzazione dei sistemi di cura territoriali, che, a seconda delle esigenze assistenziali dei cittadini e del territorio di riferimento, delle disponibilità, delle risorse, può prevedere vari livelli di strutturazione delle modalità di esercizio professionale, dalle forme meno strutturate (es. medico singolo) a quelle con strutturazione maggiore (es. Medicina di Gruppo) o massima come le "Case della Salute".

E' del tutto evidente che tale modalità flessibile e funzionale, rappresenta la strategia irrinunciabile per evitare inappropriate riduzioni di assistenza territoriale, soprattutto per quelle zone a maggior dispersione abitativa e difficoltà di comunicazione, dove la presenza del medico di Famiglia e delle sue strutture "leggere", garantiscono servizi assistenziali di prossimità e accesso ai servizi del SSR Marchigiano, nonché la risposta più adeguata per determinati contesti territoriali.

Le ET, con tutte le funzioni professionali che le compongono, in collaborazione ed integrazione con i servizi e personale della Casa della Salute, eventualmente potendo avvalersi dei collaboratori di studio ove richiesto dalle necessità organizzative della struttura, assicurano lo svolgimento delle attività proprie delle Cure Primarie favorendo in tal modo il progetto di riorganizzazione delle cure territoriali. In tal modo si favorisce anche il progetto di riconversione dei piccoli Ospedali della Regione Marche con l'obiettivo di ridurre il tasso di ospedalizzazione per i ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza e gli accessi impropri al PS per patologie croniche riacutizzate.

La nuova organizzazione favorisce le opportunità di partecipazione dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), degli Specialisti Ambulatoriali per specifiche attività di consulenza, nonché del personale tecnico, infermieristico e di collaborazione, in una ottica di massima integrazione dei percorsi clinico-assistenziali.





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Delibera  
**452**

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

Questo processo individua modalità innovative di gestione delle patologie sul territorio, con particolare riguardo a quelle croniche.

Esso pertanto si configura non come un "processo di risulta" secondario a quello dei modelli ospedalieri di erogazione delle cure, bensì come il modello più appropriato di gestione della patologia cronica, configurando modelli con intensità assistenziale crescente che connoteranno la tipologia organizzativa della Casa della salute

I Medici di Assistenza Primaria (AP) e i Medici di Continuità Assistenziale (CA) che partecipano al modello organizzativo della "Casa della Salute", potranno essere opportunamente impiegati non soltanto per la necessaria turnazione diurna, notturna, prefestiva e festiva, ma per tutte le attività assistenziali complementari richieste dalla implementazione dei nuovi assetti assistenziali.

All'uopo, potranno essere organizzati ambulatori integrati per patologia (es scompenso cardiaco, BPCO, diabete, ecc.) e vaccinazioni, campagne di screening delle patologie croniche – degenerative e neoplastiche, terapia del dolore, diagnostica strumentale di primo livello (ECG, Holter, Ecografie, Spirometrie e quant'altro necessario) per la completa erogazione dei LEA. Tali organizzazioni più complesse caratterizzeranno le forme organizzative di casa della salute di maggiore complessità e potranno essere utilizzate per progetti di governo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.

Potranno inoltre essere studiate apposite funzioni anche per i Medici in Formazione del Corso triennale di Formazione Specifica in medicina Generale (Tirocinio Professionalizzante). In fasce orarie definite, i Medici di Assistenza Primaria (AP) e i Medici di Continuità Assistenziale (CA), a seconda delle esigenze territoriali, potranno garantire le prestazioni Ex PIP previste nell'ACN.

Nell'ambito delle attività ricomprese nella nuova organizzazione del sistema della medicina generale, i medici di CA potranno anche svolgere attività di Assistenza Primaria con attività diurne da definire all'interno del piano di lavoro delle attività annuali delle singole Equipe a seconda dei bisogni assistenziali individuati.

Nella Casa della Salute trova spazio la specialistica ambulatoriale dipendente e convenzionata extra ospedaliera, attraverso una rivisitazione dell'attuale rete dei Poliambulatori che preveda una concentrazione delle sedi disperse nel territorio di riferimento, al fine di realizzare una continuità assistenziale specialistica per le branche specialistiche prioritarie, quanto a richiesta della popolazione (a titolo esemplificativo, cardiologia, chirurgia ambulatoriale, dermatologia, ortopedia e traumatologia, radiologia, oculistica, otorinolaringoiatria, ginecologia, neurologia, diagnostica ecografica).

L'obiettivo è quello di assicurare percorsi diagnostico-terapeutici realizzabili in regime di non ricovero, utilizzando in modo più efficiente le dotazioni tecnologiche e di sicurezza presenti nelle strutture.

I suddetti nuovi assetti organizzativi potranno essere sviluppati in futuro, compatibilmente con le risorse economiche che si renderanno disponibili, presso strutture che possano accogliere tali forme organizzative. Tenuto conto di quanto previsto dall'art.36, comma 1 del vigente Accordo Collettivo Nazionale - " Lo studio del Medico di Assistenza Primaria è considerato presidio del Servizio Sanitario Nazionale e concorre, quale bene strumentale e professionale del medico, al perseguimento degli obiettivi di salute del Servizio medesimo nei confronti del



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

cittadino (...)" . Potranno essere prese in esame nella programmazione regionale anche le strutture della MG attualmente operanti come "Medicina di Gruppo" che, dotate dei necessari requisiti e standard, potranno svolgere le funzioni assistenziali previste, operando come "piattaforme" funzionali di erogazione di assistenza primaria del Distretto, titolare della governance territoriale, facilitando in questo modo una più corretta e appropriata gestione delle cure territoriali per la cronicità e fragilità.

Le **Equipe Territoriali** hanno rappresentato fino ad ora il modello di implementazione organizzativa ed integrazione, che ha visto il coinvolgimento dal medico singolo fino alle forme più avanzate dell'associazionismo (medicina di gruppo) e attraverso un ulteriore e specifico processo e in presenza di condizioni complessive che lo consentano, dovranno essere realizzate forme ancora più avanzate di organizzazione professionale (UCCP).

In una fase di riqualificazione dell'offerta ospedaliera e distrettuale, le Equipe Territoriali, per la loro modalità flessibile, progressiva e funzionale, rappresentano dunque l'opportunità per realizzare un modello di sviluppo di pratica professionale per declinare una più appropriata e completa presa in carico del Cittadino nella gestione della cronicità e vincere così la sfida della continuità delle cure.

Come sopra ricordato, le E.T. rappresentano la condizione organizzativa di base che mappa tutto il territorio regionale attraverso aggregazioni funzionali per l'erogazione della assistenza (agevolmente riconducibili alle AFT previste dai vigenti ACN attraverso specifici Accordi Integrativi Regionali), indispensabile per lo sviluppo appropriato delle presenti Linee Guida, sulle quali si potranno altresì implementare le indicazioni contrattuali scaturenti dai relativi Accordi Collettivi Nazionali e Accordi Integrativi Regionali anche in applicazione dell'art.1 della L.189/12.

In quest'ottica la Casa della Salute, quale modello erogativo in ambito territoriale, si pone come risposta a maggior grado di strutturazione ai fabbisogni di integrazione professionale ed organizzativa avendo come ambito di riferimento le Equipe Territoriali coinvolte. Essa opera secondo un criterio di prossimità delle cure, consentendo di avvicinare l'assistenza sanitaria il più possibile ai luoghi di vita e lavoro in una prospettiva di continuità e di massima accessibilità, per lo sviluppo delle cure primarie, la domiciliarità e residenzialità, attraverso l'azione congiunta dei medici di medicina generale, compresi quelli in formazione, attraverso i tirocini professionalizzanti, (quest'ultimi compatibilmente con la normativa vigente), della Continuità Assistenziale, dei PLs e degli specialisti ambulatoriali convenzionati e dipendenti. E' pertanto connotata dai seguenti elementi:

1. Centralità del cittadino. La *Casa della salute* è costruita e realizzata sul principio della centralità dei cittadini. I percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali, la presa in carico, l'orientamento di pazienti e familiari all'interno del sistema rappresentano binari obbligati per lo svolgimento dell'intera attività. L'operatività della *Casa della salute* è costruita per rispondere a questi bisogni, e ciò pone le condizioni per cui la centralità del cittadino sia un asse strategico intorno al quale si struttura tutta l'attività con rilevazioni periodiche relativamente alla soddisfazione dei propri assistiti;

2. Riconoscibilità. La *Casa della salute* è visibile, sul territorio, come luogo fisico nel quale si concentrano una serie di servizi e di attività attualmente dispersi e frammentati. Ciò la rende riconoscibile come il luogo cui fanno capo, sul territorio, la presa in carico e la



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Delibera  
**452**

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

continuità assistenziale, rappresentando in tal modo un punto di riferimento per i cittadini;

3. Accessibilità. La *Casa della salute* deve essere fisicamente accessibile e organizzata in modo da garantire la massima disponibilità oraria dei propri servizi ed attività;
4. Unitarietà. La *Casa della salute* convoglia e racchiude in sé servizi e attività che altrimenti resterebbero frammentati e dispersi sul territorio e rappresenta il luogo di aggregazione delle Cure Primarie, (senza con ciò annullare le attività assistenziali nei piccoli centri) con la disponibilità della medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della medicina specialistica ambulatoriale e dei servizi infermieristici; in essa trovano riallocazione da sedi periferiche, i servizi distrettuali, sociali, di prevenzione;
5. Integrazione. La *Casa della salute* opera garantendo servizi integrati in rete, tra i diversi livelli assistenziali sanitari e socio-sanitari anche attraverso la connessione dei Professionisti coinvolti;
6. Semplificazione. La *Casa della salute* opera privilegiando la semplificazione dei processi amministrativi a supporto dello sviluppo di migliori processi sanitari e socio-sanitari;
7. Appropriatezza. La *Casa della salute* promuove e favorisce l'appropriatezza delle cure a vantaggio dei cittadini curando la presa in carico e i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali;
8. Efficacia. La *Casa della salute*, fondata sulla centralità del cittadino, accessibilità, integrazione, semplificazione, appropriatezza, garantisce l'efficacia complessiva delle attività svolte, valutabile con appositi indicatori di qualità e di risultato;
9. Punto di riferimento della rete. La *Casa della salute*, operando in rete con tutti i servizi e le strutture presenti sul territorio, costituisce un nodo della rete in relazione alle funzioni svolte e alle attività che si concentrano al suo interno; in tal senso vengono, per riflesso, potenziate le capacità assistenziali degli ambulatori dei MMG e Pls distribuiti capillarmente sul territorio, funzionalmente correlati alla Casa della Salute di riferimento, che consentono la maggior prossimità dell'assistenza e la migliore accessibilità alle cure e la presa in carico del Cittadino;
10. Autorevolezza e affidabilità. La *Casa della salute*, realizzata nel rispetto di queste peculiarità, rappresenta un livello assistenziale autorevole e affidabile, in connessione con gli altri livelli assistenziali.

Dalla considerazione dei suddetti elementi ne discende che gli obiettivi generali della *Casa della Salute*, sono:

- assicurare un punto unico di accesso ai cittadini;
- garantire la continuità assistenziale e la prossimità delle cure;
- organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino;
- rafforzare l'integrazione/connessione con l'ospedale soprattutto in relazione alle dimissioni protette;
- sviluppare programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità e a target specifici di popolazione;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

- gestire in una ottica di medicina di iniziativa le patologie croniche attraverso l'integrazione dell'assistenza primaria con i servizi specialistici ambulatoriali sia territoriali che ospedalieri presenti e con la possibilità di ricovero residenziale, secondo il *Chronic Care Model*;
- offrire una assistenza specialistica territoriale di livello qualitativo, atta a ridurre la richiesta di prestazioni ospedaliere anche mediante forme di coordinamento e di integrazione con gli specialisti ambulatoriali territoriali e ospedalieri delle diverse discipline;
- favorire l'integrazione funzionale della attività dei medici della Assistenza Primaria con quelli della Continuità Assistenziale anche al fine di assicurare i Tirocini Professionalizzanti dei Medici in Formazione, compatibilmente con la normativa vigente;
- promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini;
- offrire formazione permanente agli operatori;
- mettere in atto sistemi di valutazione delle performance e dei risultati;
- realizzare un sistema informatico in grado di aggregare, standardizzare e rendere accessibili le informazioni con un livello di condivisione "sicura" dei dati, favorendo anche progetti di telemedicina e teleconsulto.

Pertanto le Case della Salute sono un punto di accoglienza e orientamento ai servizi per tutti i cittadini, ma anche un ambito nel quale erogare assistenza sanitaria in particolare per la gestione delle patologie croniche ed il completamento dei principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale, realizzando pertanto una medicina di prossimità.

Con questa linea di indirizzo la Regione Marche intende fornire all'ASUR alcune indicazioni di tipo organizzativo per la realizzazione delle Case della Salute. Le stesse dovranno tenere conto delle diversità sia strutturali che organizzative esistenti sul territorio, della già esistente rete della medicina generale organizzata in Equipe Territoriali e della capacità organizzativa e aggregativa dei Professionisti. Sulla scorta di progettazioni e valutazioni di fattibilità effettuate a livello aziendale, le stesse case della salute potranno essere ulteriormente implementate.

## 2. PRINCIPI ORGANIZZATIVI

### 2.1 Generalità

Il rafforzamento della rete delle cure primarie ha privilegiato il passaggio progressivo da forme di aggregazione semplice a forme più complesse, dove è possibile elaborare processi di presa in carico multidisciplinari e multiprofessionali tesi alla definizione di percorsi principalmente rivolti alla gestione dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative anche applicando i criteri della medicina di iniziativa.

La Casa della Salute, nuova modalità di riorganizzazione della assistenza territoriale e nodo della rete territoriale rappresenta un modello erogativo di massima implementazione delle forme associative della Medicina Generale (Medici di medicina generale, Medici della Continuità dell'assistenza e Medici in Formazione) e della Pediatria di Libera Scelta, e della loro integrazione con la Specialistica Ambulatoriale (convenzionata e dipendente), il sistema della domiciliarità (Assistenza Domiciliare Integrata) e della residenzialità.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Delibera  
452

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

All'interno della Casa della Salute si favorisce l'implementazione della rete di servizi integrati, rivolti in particolare alla popolazione anziana/fragile, come momenti dello stesso percorso assistenziale, al fine di ottenere migliori risultati clinici ed assistenziali.

La riorganizzazione strutturale e funzionale dell'assistenza sociosanitaria nel territorio che è alla base dell'implementazione della Casa della Salute, si concretizza attraverso le seguenti fasi:

- 1) integrazione/connessione, in raccordo con il Distretto, di più figure professionali distinte tra loro, per ambito di intervento, per competenze e per modalità operative come il Medico di Medicina Generale, il Pediatra di libera scelta, il Medico di Continuità Assistenziale, il Medico in Formazione attraverso i Tirocini Professionalizzanti (compatibilmente con la normativa vigente), per l'area delle cure primarie; lo Specialista ambulatoriale; lo Specialista ospedaliero; l'Infermiere; l'Ostetrica; il Fisioterapista; l'Operatore socio-sanitario; l'Educatore; l'Assistente sociale; lo Psicologo e altre figure professionali in relazione alle specificità dei singoli territori; con il supporto di personale dipendente nonché di Collaboratori di studio e Assistenti di Studio Medico, ove richiesto dalle necessità organizzative della struttura, in moduli territoriali in grado di portare sul campo le competenze, gli strumenti, i mezzi e le risorse che consentano di far fronte in modo efficace, ossia con ricadute positive per la salute dei cittadini, alle nuove istanze di salute cui si è accennato in precedenza;
- 2) interazione organizzativo - gestionale con le altre strutture di assistenza in modo da ottimizzare l'utilizzo coordinato delle risorse, siano esse strutture edilizie, dotazioni strumentali o personale sanitario e amministrativo, nel rispetto delle autonomie professionali e dei contratti ed accordi di lavoro;
- 3) messa in rete di tutti gli operatori attraverso la realizzazione di un sistema informativo solido, strutturato ed ubiquitario finalizzato principalmente a supportare i processi attivati dalla *Casa della Salute*, allo scambio di dati per rilevare e controllare indicatori di efficacia/efficienza, compresi i costi, e allo scambio di informazioni atte a migliorare il livello qualitativo di tutta la catena dell'assistenza territoriale e l'appropriatezza del sistema delle cure.

Gli operatori della CdS, indipendentemente dalla forma contrattuale (convenzionati con SSR, dipendenti), sono inseriti in una rete professionale e di servizi territoriali. La CdS deve operare con modalità integrate non solo relativamente ai servizi presenti nel proprio interno, ma anche con gli altri servizi aziendali, attraverso la formulazione di protocolli specifici di integrazione (anche con l'ospedale per acuti).

In particolare, per quanto riguarda la Pediatria di Libera Scelta, potrà essere prevista una sezione pediatrica nelle CdS di maggiori dimensioni o laddove in seguito ad attenta ricognizione si ravveda la necessità di implementare l'assistenza pediatrica.

Nelle CdS di minori dimensioni o laddove per particolari situazioni oro geografiche se ne ravvisi la necessità può essere prevista la presenza per alcune ore settimanali di un PLS, anche a turnazione.

Per quanto riguarda i medici specialisti ambulatoriali, essi operano all'interno della CdS nel



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Delibera

4 5 2

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

rispetto dell'ACN vigente e dell'AIR, armonizzando le proprie attività con quelle delle altre figure professionali. Nell'ambito dell'orario previsto dai rispettivi incarichi svolgono attività ambulatoriale, domiciliare e di consulenza presso le strutture residenziali del territorio in forma programmata e, ove presente, presso l'area delle cure intermedie, dedicando parte dell'orario alla partecipazione ai PDTA a favore degli assistiti della CdS. I medici specialisti ambulatoriali consolidano modelli esistenti e promuovono nuovi modelli operativi ospedale-territorio.

La *Casa della Salute* diviene dunque la sede di accesso e di erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socio assistenziali rivolti alla popolazione di un ambito territoriale di riferimento per le cure primarie, le cure domiciliari, le cure residenziali e semiresidenziali.

In particolare, nelle *Casa della Salute* costituite ai sensi della DGRM 735 del 20 maggio 2013, possono essere previste anche funzioni di lungodegenza post acuzie e/o riabilitazione funzionale, funzioni di Day Surgery e one-Day surgery che faranno parte del Presidio Ospedaliero Unico di Area Vasta. Per quanto riguarda gli standard organizzativi ed il ruolo dei professionisti delle Cure primarie in questa tipologia di *Casa della Salute* ci si riferisce alla richiamata DGRM 735/2013. Tali standard condivisi in Comitato di AA.VV. sulla base di linee guida elaborate dalla Direzione generale dell'ASUR tramite la propria funzione di coordinamento, potranno prevedere in una fase iniziale, sperimentazioni volontarie ed incentivate dei Medici di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale unitamente ai Tirocini Professionalizzanti.

In generale, per gli aspetti strutturali delle forme maggiormente organizzate, la Casa della Salute può includere differenti tipi di spazio, suddivisi per grandi aree omogenee con caratteristiche ed esigenze diverse:

3. area pubblica, relativa all'ingresso e agli spazi di primo contatto con il pubblico;
4. area clinica, cuore della struttura;
5. area dello staff, con funzione prevalentemente di servizio per il personale.

## 2.2 Area Pubblica

L'area pubblica è il luogo dove l'utente entra in contatto con la struttura e di conseguenza comprende, dimensionati secondo necessità, gli spazi e le funzioni destinati all'accoglienza e all'orientamento, e cioè: l'ingresso, l'area principale d'attesa, il punto di informazioni, la parte pubblica del CUP e punti di ristoro.

L'area pubblica è la parte in cui avviene "fisicamente" la presa in carico dell'utente e quindi sono gli spazi che maggiormente contribuiranno a definire l'immagine della *Casa della Salute*. L'ingresso è il biglietto di presentazione della struttura e deve essere immediatamente riconoscibile e raggiungibile dall'utente che arriva dall'esterno. E' preferibile per motivi di sicurezza, di controllo e per non ingenerare confusione nel pubblico, avere un unico punto di ingresso.

Nell'ingresso deve essere dato particolare rilievo all'area di accoglienza e accettazione: il fulcro dell'area accettazione è il banco informazioni principale, perciò da ogni nodo di percorsi all'interno della *Casa della Salute* le indicazioni su come raggiungerlo, e come raggiungere l'uscita, dovranno essere ben visibili e ben organizzate. Nell'area accettazione dovranno



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Delibera

**452**

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

essere indicati tutti i percorsi ai principali Servizi/Unità operative/Moduli della *Casa della Salute* e deve essere possibile controllare l'area di attesa principale.

Nella progettazione si dovranno raggruppare il più possibile gli spazi di primo contatto con il pubblico (informazione, CUP, etc.), in modo tale da semplificare i percorsi interni alla *Casa della Salute* per tutti gli utenti che devono raggiungere gli ambulatori. Con il raggruppamento di queste funzioni si potranno ricavare spazi di attesa comuni polifunzionali.

Anche l'area esterna, comprendente l'ingresso della struttura e gli eventuali parcheggi per gli utenti, è parte dell'area pubblica e dovrà consentire un facile raggiungimento dell'ingresso con lo studio della segnaletica esterna.

Gli spazi esterni potranno essere aperti all'uso della città, senza influire negativamente sulla funzionalità della struttura sanitaria, questo potrà avere una forte valenza di comunicazione per avvicinare il cittadino/utente alla struttura sanitaria.

### **2.3 Area Clinica**

Quest'area rappresenta il cuore della *Casa della Salute* e l'accesso degli utenti a tale zona dovrebbe preferibilmente avvenire attraverso l'area pubblica, senza possibilità di accedere autonomamente, a meno di esigenze legate alla specificità di alcune attività erogate nella struttura.

L'area clinica potrà essere, nel caso di presidi grandi, ampia e articolata con la presenza di molti servizi anche molto differenti tra loro, mentre nelle Case della Salute più piccole l'area clinica sarà di ridotte dimensioni composta da pochi servizi e di conseguenza, con pochi ambulatori sufficientemente omogenei.

Inoltre all'interno dell'area clinica si troveranno ambienti aperti al pubblico (ambulatori, ecc.) e ambienti riservati al solo personale (locali tecnici, ecc.), creando un ulteriore livello di complessità nella distribuzione.

Pertanto l'attenta progettazione della distribuzione funzionale di quest'area dovrà essere oggetto di particolare attenzione, in quanto da questa si potrà determinare il buon funzionamento della *Casa della Salute*.

I servizi simili dovrebbero essere organizzati in raggruppamenti basati sulle attività comuni: zone di ambulatori per prestazioni di medicina specialistica, zone per trattamenti fisioterapici, zone dedicate ai servizi per l'infanzia ecc. Alcune strutture possono includere servizi con permanenza diurna o anche notturna di pazienti; tali servizi dovrebbero essere collocati in aree ben riconoscibili, in questo caso con accessi autonomi, oppure, in padiglioni all'esterno del nucleo principale della struttura, a seconda delle esigenze dei servizi che erogano.

### **2.4 Area dello Staff**

L'area del personale in genere può comprendere, a seconda delle dimensioni della struttura, la zona amministrativa, la zona degli spogliatoi, ed eventualmente aule e sale riunioni dedicate. Se necessario si può prevedere un'area direzionale: gli uffici del Distretto, Coordinamento



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Delibera  
**4 5 2**

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

infermieristico ecc.; possono inoltre essere presenti sedi di associazioni di volontariato e l'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

In generale gli utenti e gli accompagnatori non debbono raggiungere la zona dello staff che ha una funzione prevalentemente di servizio. Pertanto nella progettazione della *Casa della Salute* questa macro area potrà essere collocata anche in una zona periferica della struttura o ad un piano differente da quello degli ambulatori, comunque in una zona lontana dai percorsi principali.

All'interno di quest'area possono essere compresi anche alcuni servizi che hanno uno "sportello utente" e che, pertanto, dovranno essere collocati in una zona intermedia di cerniera tra l'area pubblica e l'area staff.

## **2.5 Raccomandazioni generali**

Particolare attenzione dovrà essere posta anche all'aspetto della struttura: l'utilizzo di particolari colori, tipi di segnaletica, arredi, combinazioni di finiture, oltre ad aiutare nell'orientamento all'interno della stessa, dovrà dare all'utente una sensazione di familiarità. La segnaletica deve essere studiata per fornire le informazioni primarie e le direzioni da seguire e prevedere percorsi sia orizzontali che verticali, dal punto di accettazione al servizio che si vuole raggiungere.

## **3. TIPOLOGIE**

### **3.1 Introduzione**

Il processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale comprende le forme della medicina generale già operanti nel territorio che andranno adeguatamente sviluppate ed implementate, aggregate all'interno delle Equipe Territoriali, e garantiranno funzioni erogative dell'assistenza territoriale. La Casa della Salute rappresenta la modalità a maggiore implementazione organizzativo gestionale.

Il dimensionamento delle "Case della Salute" può variare in rapporto alla ricchezza e alla complessità dei servizi presenti, utilizzando e sviluppando al massimo le risorse esistenti sul territorio e, ove possibile, favorendone la loro estensione attraverso l'implementazione di modelli associativi di medicina generale (rete e gruppo), nonché di personale di studio. Pertanto la tipologia di base è la sede delle formule organizzative integrate (dal medico singolo con specifici supporti, rete, medicina di gruppo, equipe territoriali, UCCP) ed è finalizzata all'erogazione dei servizi di assistenza primaria, compresa la continuità dell'assistenza, i Tirocini Professionalizzanti, i Pediatri di libera scelta e la specialistica, mentre nella tipologia più organizzata sono presenti i diversi servizi di cure primarie e i servizi territoriali di salute mentale e sanità pubblica, oltre a quelli della residenzialità.

Il contesto in cui tale riorganizzazione viene realizzata ne influenza le dimensioni. Questo dipende oltre che dalle caratteristiche del territorio e dalla densità della popolazione





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Delibera  
**452**

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

presente, anche dalla scelta di collocare nella stessa sede, accanto ai servizi di assistenza primaria, funzioni specialistiche con diversi gradi di complessità.

Il dimensionamento dei servizi consultoriali può variare ad esempio in relazione alla decisione di prevedere nella struttura la presenza dell'ostetrica e del ginecologo, che operano in collaborazione col medico di famiglia, o di effettuare nella stessa sede anche i corsi di accompagnamento alla nascita.

Analogamente i servizi di salute mentale saranno dimensionati in modo diverso in relazione alla scelta di limitare l'attività alla consulenza psichiatrica programmata o di collocare nella stessa sede il Centro di Salute Mentale.

Appare evidente che in un Comune di medie dimensioni con una popolazione di 20-30.000 abitanti, è possibile prevedere una tipologia di strutture in cui sia presente l'intera gamma dei servizi territoriali anche con funzioni complesse e quindi progettare una tipologia a più elevato livello di organizzazione, laddove compatibile con le risorse già esistenti.

La tipologia di Casa della Salute di maggiore complessità è riconosciuta alle 13 piccole strutture ospedaliere riconvertite ai sensi della DGRM 735/13.

La tipologia di minore impatto organizzativo è senza dubbio più appropriata in un contesto nel quale si intendono erogare i servizi di assistenza primaria in formula integrata. E questo può essere realizzato sia in un piccolo Comune che nel quartiere di una città, coinvolgendo anche più aggregazioni di medici.

Di seguito vengono descritte tre tipologie di "Case della Salute" corrispondenti a diversi livelli di complessità organizzativa. In sostanza per ogni *taglia organizzativa* sono indicati livelli organizzativi ritenuti adeguati in funzione della *mission* per i quali è prevista la presenza di set di offerta tipici ed altri set ritenuti raccomandati o facoltativi, da poter allocare secondo le possibilità di contesto, escludendo la possibilità di attivare ulteriori servizi rispetto a quelli elencati nelle tabelle di seguito riportate.

Essi rappresentano delle indicazioni di carattere generale per l'ASUR, che potrà compiere le scelte definitive in relazione alle concrete possibilità di implementazione dettate dalle peculiari situazioni di contesto e dai vincoli economici, sentiti i Comitati di AA.VV.

Resta fermo comunque, nella progettazione strutturale, il rispetto dei requisiti minimi di autorizzazione/accreditamento per le singole articolazioni, discendenti dalle vigenti normative.

### **3.2 Casa della Salute per l'erogazione delle cure integrate - Tipo A**

Questa formulazione organizzativa rappresenta almeno la cerniera strutturale tra la medicina di Assistenza Primaria (ed eventualmente la pediatria di libera scelta) e l'erogazione di prestazioni infermieristiche e specialistiche distrettuali per gli ambiti di maggiore prevalenza epidemiologica, al fine di implementare percorsi clinici integrati per le patologie di maggior impatto.

Pertanto, accanto all'attività dei MMG (possibilmente in forma integrata con la Continuità Assistenziale ed i Tirocini Professionalizzanti dei Medici in Formazione, compatibilmente con la normativa vigente, e/o attraverso la medicina di gruppo o le altre forme associative e le necessarie figure intermedie di supporto alla erogazione delle attività) saranno presenti ambulatori per attività di specialistica ambulatoriale (e possibilmente punto prelievi) e personale infermieristico.

Le altre tipologie di servizi potranno essere facoltativamente presenti (a partire dall'integrazione con i servizi sociali) in funzione delle peculiari possibilità del territorio e in



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

un'ottica di coerenza organizzativa della struttura.  
Tale tipologia può organizzarsi fino ad un massimo H12.

Nella tabella 1 è indicato lo schema riassuntivo (tipo A).

### 3.3 Casa della Salute per l'erogazione delle cure integrate e residenzialità - Tipo B

In questa tipologia sono comprese tutte le funzioni della tipologia precedente. Le seguenti caratteristiche aggiuntive connotano la maggiore complessità di tale modalità organizzativa:

- la copertura continuativa del servizio delle cure primarie (con completa integrazione tra l'Assistenza Primaria e la Continuità Assistenziale) e con la facoltà della presenza dei PLS;
- un maggiore sviluppo dei servizi diagnostici - terapeutici (ci sono il Punto Prelievi, il Poliambulatorio, l'ambulatorio Eco e a seconda delle esigenze del bacino di utenza di riferimento possono esserci la Diagnostica Tradizionale non contrastografica, la Palestra Polivalente, il CSM, la Neuropsichiatria Infantile, il Consultorio Familiare);
- l'integrazione con i servizi sociali per la presa in carico globale (con la presenza del PUA, del coordinamento Assistenza Domiciliare e degli uffici dei servizi sociali).
- la Prevenzione che prevede almeno la presenza delle funzioni di Vaccinazioni e Certificazioni, mentre la presenza dello Screening viene valutata sulle esigenze del bacino di utenza;
- la possibilità di prevedere un modulo di degenza residenziale a ciclo continuativo a finalizzazione sanitaria o socio-sanitaria, a seconda delle esigenze del territorio di riferimento.

Essa può organizzarsi da 12 H fino ad un massimo 24 H.

Le altre tipologie di servizi potranno essere facoltativamente presenti in funzione delle peculiari possibilità del territorio e in un'ottica di coerenza organizzativa della struttura.

Nella tabella 2 è indicato lo schema riassuntivo (tipo B).

### 3.4 Casa della Salute - Tipo C

In questa tipologia derivante dalla riconversione delle piccole strutture ospedaliere di cui alla DGRM 735/13, sono compresi i setting assistenziali dei livelli precedenti. Ciò che differenzia tale tipologia è:

1. la completa integrazione socio-sanitaria con la presenza delle Unità di Valutazione Integrata;
  2. un maggiore sviluppo dei servizi diagnostico - terapeutici con la previsione della presenza della Diagnostica Tradizionale non contrastografica;
- presenza di almeno un modulo di degenza residenziale a ciclo continuativo a finalizzazione sanitaria o socio-sanitaria, a seconda delle esigenze del territorio di riferimento;
  - possibilità di Punti di Primo Intervento territoriali organizzati secondo la complessità del territorio di riferimento ed in coerenza con la rete dell'emergenza-urgenza;
  - possibilità di prevedere funzioni ospedaliere (Day Surgery o one-Day Surgery, lungodegenza, riabilitazione intensiva).

La Casa della Salute ad alta complessità è organizzata H24.

Nella tabella 3 è indicato lo schema riassuntivo (tipo C).



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Delibera  
**452**

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

**TAB. 1: Casa della Salute per l'erogazione delle cure integrate - tipo A**

Accoglienza - Accettazione - Assistente studio	T
Attese	T
CUP - Punto Prenotazione	T
Studio MMG Associato/Gruppo e Tirocini Professionalizzanti Formazione MG (normativa vigente)	T
Attività specialistica/e	T
Assistenza domiciliare - (Accessi)	T
Assistenza Residenziale (ADR) - (Accessi)	T
Studio Pediatrico PLS	R
Continuità Assistenziale fino a H12	R

La tipologia A può essere organizzata fino ad un massimo H12.

**Legenda:** T (presenza tipica) - R (presenza raccomandata)

**FACOLTATIVI:** Ambulatorio infermieristico - Ambulatorio Osservazione/Terapie - Ambulatorio ostetrico (+ Pap test) - Punto prelievi - Poliambulatorio - Diagnostica Tradizionale - Attività Eco - Coordinamento Cure Domiciliari - Recupero e Riabilitazione Funzionale - Centro Salute Mentale - Neuropsichiatria Infantile - Consultorio familiare - Unità valutative (UVI-UVD) - UMEE-UMEA - Screening pap-test - Screening mammografico - Commissioni medico/legali - Uffici- Distribuzione ausili protesici - Sala riunioni - Sala polivalente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Delibera  
452

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

**TAB. 2: Casa della Salute per l'erogazione delle cure integrate e residenzialità - tipo****B**

Accoglienza - Accettazione - Assistente studio	T
Attese	T
CUP - Punto Prenotazione	T
Studio MMG Associato/Gruppo e Tirocini Professionalizzanti Formazione MG (normativa vigente)	T
Continuità Assistenziale fino a H12	T
Attività Specialistica/e	T
Attività ecografica	T
Assistenza domiciliare - (Accessi)	T
Assistenza Residenziale ADR- (Accessi)	T
Vaccinazioni	T
Certificazioni	T
Studio Pediatrico PLS	R
Ambulatorio infermieristico	R
Ambulatorio Osservazione-Terapie	R
Ambulatorio ostetrico (+ Pap test)	R
Distribuzione ausili protesici	R
Coordinamento Cure Domiciliari	R

La tipologia B può essere organizzata da 12 H fino ad un massimo 24 H.

**Legenda:** T (presenza tipica) - R (presenza raccomandata)

**FACOLTATIVI:** PUA - Punto prelievi - Poliambulatorio - Diagnostica Tradizionale - Recupero e Riabilitazione Funzionale - Palestra polivalente - Centro Salute Mentale - Neuropsichiatria Infantile - RSA Residenza protetta - Centro diurno psichiatrico - Consultorio familiare - Centro diurno anziani - Centro diurno disabili - Unità valutative (UVI-UVD)- UMEE-UMEA - Screening pap-test - Screening mammografico - Commissioni medico/legali - Uffici - Sala riunioni - Sala polivalente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Delibera

**4 5 2**

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

**TAB. 3: Casa della Salute - Tipo C**

Accoglienza - Accettazione- Assistente studio	T
Attese	T
CUP- Punto Prenotazione	T
PUA	T
Studio MMG Associato/Gruppo e Tirocini Professionalizzanti Formazione MG (normativa vigente)	T
Ambulatorio infermieristico	T
Continuità Assistenziale H24	T
Ambulatorio Osservazione-Terapie	T
Ambulatorio ostetrico	T
Ambulatorio/i Specialistico	T
Punto prelievi (+ screening colon)	T
Poliambulatorio	T
Diagnostica Tradizionale	T
Ambulatorio Eco	T
Coordinamento Cure Domiciliari	T
Assistenza domiciliare - (Accessi)	T
Assistenza Residenziale ADR- (Accessi)	T
Unità valutative (UVI-UVD)	T
Consultorio familiare	T
UMEE-UMEA	T
Vaccinazioni	T
Screening pap-test	T
Certificazioni	T
Uffici- Area Riunioni	T
Sala polivalente	T
Distribuzione ausili protesici	T
Studio Pediatrico PLS	R
RSA - Residenza Protetta	R*
Centro residenziale psichiatrico	R*
Centro residenziale disabili	R*
Altre tipologie residenziali **	R*
Recupero e Riabilitazione Funzionale	R
Palestra polivalente	R
Centro Salute Mentale	R
Neuropsichiatria Infantile	R
Centro diurno psichiatrico	R
Centro diurno disabili	R
Centro diurno anziani	R
Punto Primo Intervento territoriale	R
Automezzi servizi sanitari	R



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

La tipologia C, ad alta complessità, è organizzata H24.

**R\*** - Le Case della salute di tipo C devono comprendere almeno un servizio così contrassegnato

Altre tipologie residenziali \*\* - in relazione alle evoluzioni normative

**Legenda:** T (presenza tipica) - R (presenza raccomandata)

**FACOLTATIVI:** Centro Dipendenze Patologiche - Hospice - Funzioni ospedaliere - CAD - Screening Colon retto (2° livello) - Screening mammografico - Commissioni medico - legali