

**“Indirizzi per l'applicazione della
DGRT 770/2020 - Case della Salute (CdS)”**

Allegato A

Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 4 del 17/03/2021



Regione Toscana



Articolazione funzionale dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico, ai sensi dell'art. 49 ter della l.r. 40/2005:

- a) Coordinatore;
- b) Ufficio di coordinamento;
- c) Comitato tecnico scientifico

Coordinatore dell'OTGC
Dr. Mario Cecchi

Segretario dell'OTGC
Dr.ssa Maria Teresa Mechi

Supporto amministrativo
Stefania Della Luna
Giuseppina Agata Stella

Il presente documento è stato prodotto da un gruppo multidisciplinare di esperti su mandato dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico (istituito con Legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40, modificata con Legge regionale 25 luglio 2017 n. 36).

L'intero documento in formato PDF è consultabile sul sito Internet della Regione Toscana al seguente indirizzo: <http://www.regione.toscana.it/pubblicazioni>

Chiunque è autorizzato, per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché ne citi la fonte utilizzando la seguente dicitura: Tratto da (*TITOLO DEL DOCUMENTO*), Organismo Toscano per il Governo Clinico, Settore qualità dei servizi e reti cliniche, Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale, Regione Toscana.

Organismo Toscano per il Governo Clinico

Via T. Alderotti, 26/n
50139 Firenze (FI)
otgc@regione.toscana.it

Organismo Toscano per il Governo Clinico
Coordinatore dr. Mario Cecchi
Commissione permanente Governance dell’appropriatezza
Coordinatore dr. Dario Grisillo

“Indirizzi per l’applicazione della DGRT 770/2020 - Case della Salute (CdS)”

Composizione del gruppo di lavoro

Bellomo Francesco, Boscherini Vittorio, Caloni Chiara, Canaccini Anna, Casolo Giancarlo, Cecchi Mario, Croppi Emanuele, Francesconi Paolo, Gargiulo Rita, Grisillo Dario, Guerrieri Elisa, Marini Giulia, Menchetti Guglielmo, Nastruzzi Alessio, Natali Alessandro, Notaro Giuseppe, Panti Antonio, Parisi Benedetto, Rossi Dafne, Spisni Luisa, Zoppi Paolo

INDICE

	Pag.
Premessa	3
I “servizi” da garantire ai cittadini	4
Il Team multiprofessionale	7
Organizzazione strutturale delle sedi di lavoro	10
Modalità di partecipazione dei cittadini	11
Programma annuale di attività	12
Considerazioni integrative per l’applicazione della DGRT 770/2020 “Case della Salute”	12

Premessa

La legge regionale 40/2005 e s.m.i. definisce la Casa della Salute (CdS) come presidio territoriale dell'Azienda ed afferma che *"La casa della salute è una struttura polivalente che opera nell'ambito della zona-distretto, facente parte integrante dell'organizzazione del servizio sanitario regionale. Le attività della Casa della salute sono inserite, in linea con la programmazione aziendale e coerentemente con l'analisi dei bisogni, nella programmazione di zona-Distretto"*.

La delibera GRT 770/2020 "Atto di indirizzo sulle Case della Salute in applicazione della L.R. 4 giugno 2019, n. 29 "Le Case della Salute. Modifiche alla L.R. 40/2005", che sostituisce la DGRT 117/2015, aggiunge un nuovo elemento alla definizione concettuale di Casa della Salute:

(omissis) gli elementi che devono caratterizzare il modello organizzativo della CdS, diversificandolo in maniera significativa dai semplici poliambulatori e presidi distrettuali (omissis) 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.

I contenuti del presente documento sono peraltro conformi a quanto indicato negli atti regionali attuativi del Piano Nazionale Rinascita e Resilienza (PNRR).

La Casa della Salute rappresenta quindi contemporaneamente sia un modello organizzativo delle sedi di erogazione dell'assistenza sia la modalità organizzativa che un team multi-professionale assume per garantire livelli integrati di assistenza (attività e percorsi di orientamento e assistenziali), tratteggiati nella delibera stessa al capitolo 7 e da aggiornare in un piano annuale di attività, alla popolazione di riferimento della CdS che è rappresentata dai cittadini che hanno liberamente scelto i medici di famiglia, afferenti alla Casa della Salute e componenti del team.

La Casa della Salute non è quindi solo un edificio o un poliambulatorio, anche se le attività sanitarie saranno garantite dal team in una o più sedi erogative i cui requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali saranno conseguenti agli obiettivi e percorsi definiti nel piano annuale di attività da garantire da parte del Team multi-professionale.

Questa nuova "visione" della Casa della Salute prevede quindi la identificazione di strutture "fisiche" dislocate nel territorio dell'Azienda, organizzate all'occorrenza in una rete di sedi tra loro collegate, visibili e fruibile dai cittadini in una dimensione di prossimità, dove i cittadini devono rivolgersi prioritariamente per affrontare i loro problemi assistenziali e dove i medici di medicina generale e tutti i professionisti del territorio, organizzati in team multiprofessionale, garantiscono ai cittadini servizi e percorsi assistenziali sanitari, sociosanitari, sociali e psicologici, favoriti dalla contiguità spaziale dei servizi e la multidisciplinarietà degli interventi, anche in accordo con le modifiche apportate dalla legge regionale 20 del 05 Marzo 2020 all'art 4 della legge regionale

40/2005 relative ai percorsi assistenziali, sulla base di un programma annuale di attività da svolgere nella Casa della Salute, formulato in accordo e come applicazione della programmazione aziendale e distrettuale/Società della Salute, come definito nella stessa legge regionale 40/2005 all'art.71 vices bis.

Con la delibera 770/2020 la Regione Toscana ha altresì impegnato le Direzioni Aziendali delle Aziende Territoriali a realizzare almeno una CdS in ciascuna Zona/Distretto della Regione Toscana entro il 2020 con l'obiettivo di istituire almeno una CdS per ogni Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) entro il 31.12.21.

È necessario pertanto definire indirizzi attuativi omogenei su tutto il territorio regionale, cioè le caratteristiche organizzative e i livelli assistenziali da garantire che devono essere presenti per poter parlare di Casa della Salute, evitando di definire un "modello" unico ma prevedendo invece una flessibilità legata alle specifiche caratteristiche sociodemografiche e della complessità del bisogno sociosanitario della popolazione di riferimento di ogni singola Casa della Salute.

In sintesi le caratteristiche che devono essere presenti in una Casa della Salute di nuova realizzazione e che dovranno essere garantite anche in quelle già costituite entro un anno (sei mesi?) dalla adozione della presente delibera riguardano:

1. Definizione dei "servizi" che devono essere garantiti ai cittadini.
2. Composizione del Team, modalità di integrazione e modalità di lavoro condiviso/comunicazione all'interno del Team.
3. Organizzazione strutturale flessibile delle sedi di lavoro.
4. Modalità di partecipazione dei cittadini.
5. Programma annuale di attività.

I "servizi" da garantire ai cittadini

In una Casa della Salute, oltre ai livelli assistenziali che ciascun Medico di famiglia deve garantire ai cittadini che lo hanno scelto a norma dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN), devono essere garantiti complessivamente da parte del Team multi-professionale:

- a) **accessibilità, accoglienza e presa in carico dei bisogni sia sanitari che socio-assistenziali** e promozione della conoscenza e dell'accesso ai servizi ed ai percorsi sanitari e sociosanitari territoriali, nell'arco della giornata, preferibilmente per tutti i giorni della settimana. Queste funzioni di accoglienza e "front-office" sono svolte prevalentemente dai collaboratori di studio dei medici di famiglia ed anche dal personale dell'Azienda quando presente e devono prevedere tra le altre funzioni svolte:
 - ricevimento delle richieste di visita e gestione delle agende;
 - emissione di ricette e richieste elettroniche su indicazione del medico;
 - prenotazione delle prestazioni prescritte dal medico secondo il modello del "dove si prescrive si prenota";

- orientamento al corretto utilizzo dei servizi che il Distretto/Azienda USL offre ai cittadini;
- ricevimento di appuntamenti con l’assistente sociale.

Per garantire queste funzioni di front-office, per ogni Casa della Salute, in funzione degli orari di apertura delle varie sedi individuati congiuntamente tra medici di famiglia ed Azienda e della numerosità della popolazione che afferirà, deve essere definito il fabbisogno settimanale di ore di presenza dei collaboratori di studio e degli infermieri che i medici metteranno a disposizione;

- b) **continuità della assistenza** mediante collegamento con i medici della Continuità Assistenziale della AFT di appartenenza, secondo le normative vigenti, anche mediante condivisione del sistema informativo della CdS - piattaforma informatica comune e privilegiando, laddove possibile, il trasferimento delle sedi della Continuità Assistenziale nelle sedi della Casa della Salute, in tal modo consentendo una continuità della “presa in carico condivisa” durante le ore diurne favorendo, laddove possibile, la redistribuzione, verso queste attività, delle ore di impegno notturne;
- c) **orientamento su dove trovare risposta** (dentro la CdS o negli altri servizi distrettuali) al proprio **bisogno di tipo sociosanitario e socioassistenziale**. Questo “servizio” è realizzato con la collaborazione del Servizio Sociale.
- d) **prevenzione e promozione della salute** segmentando, laddove possibile, l’offerta in base alle caratteristiche sociodemografiche o alla complessità del bisogno sociosanitario.

Vanno garantite tra le altre attività:

- iniziative di tipo informativo ed educativo di rafforzamento della health literacy degli utenti;
 - prevenzione primaria e secondaria per tutelare e promuovere la salute della popolazione come le campagne vaccinali e gli screening;
 - attività ed iniziative legate all’invecchiamento attivo in termini di mantenimento e miglioramento funzionale, prevenzione della fragilità e della disabilità come i percorsi di Attività Fisica Adattata ed Otago ed all’empowerment dei pazienti cronici - coinvolgimento attivo alla cura e gestione di eventuali condizioni croniche;
 - programmi di educazione all’autogestione delle condizioni croniche, anche con il contributo dei “Pazienti Esperti”, secondo quanto previsto dal **Modello IDEA**, derivante dai programmi di autogestione delle malattie croniche e del diabete della Stanford University;
 - identificazione in maniera proattiva dei bisogni sociali e di salute della popolazione;
- e) **strumentazione diagnostica - “Point of Care”**.

Ciascuna Casa della Salute dovrà dotarsi di tecnologia diagnostica di primo livello-Point of Care, comunque in grado di dialogare con la piattaforma informatica di Casa della Salute/di AFT e la cartella clinica personale del medico.

Vanno previste strumentazioni di “primo livello” che dovranno essere presenti in tutte le sedi della CdS e strumentazioni di secondo livello da concentrare nella/nelle sede/i principale/i.

Il Point of care di primo livello è costituito almeno da:

- (a) App da consegnare a ogni singolo cittadino su valutazione/decisione del proprio medico di famiglia che permettano lo scambio di dati e documenti con possibilità anche di trasmissione dei parametri vitali rilevati o direttamente dai devices o immessi sulla App dal paziente o dal Caregiver.
- (b) Dispositivi medici ("devices") da consegnare a singoli pazienti individuati dal proprio medico di famiglia in base a condizioni patologiche o di fragilità per il rilievo dei parametri vitali per trasmissione dati clinici o con App o con televisita o con telefonata o altro mezzo individuato dal medico.
- (c) Diagnostica strumentale eventualmente anche in grado di trasmettere i dati per via telematica. La dotazione minima prevista è rappresentata da pulsiossimetro, glucometro, sfigmomanometro con rilevazione frequenza cardiaca o aritmie, Holter pressorio Elettrocardiografo, Holter cardiaco, spirometro.
- (d) Diagnostica ed esami di laboratorio eseguibili in studio o a domicilio del paziente la cui "composizione minima" è rappresentata da tamponi faringei per ricerca streptococco, stick urine diagnostica primo livello e batteriologica, test rapido colesterolo e glicemia, test rapido PCR ed emocromo, test rapidi sierologici anche COVID. Il Point of Care di secondo livello è rappresentato almeno da: ecografo portatile o sonda ecografica; apparecchio per la determinazione dell'indice di Windsor; emogasanalizzatore portatile; polisonnografo; apparecchio per la diagnosi assistita delle lesioni cutanee; retinografo automatico.

In ogni CdS la quantità di ciascuno strumento/apparecchiature dovrà essere consona al numero dei Medici afferenti e ogni Medico di famiglia e Professionista avrà la possibilità di usufruirne sia in studio sia per visite domiciliari. Le modalità di acquisizione della strumentazione del Point of care da parte dei medici sarà definita a livello regionale e/o aziendale con apposito accordo;

- f) **presa in carico delle situazioni acute differibili**, anche utilizzando la strumentazione diagnostica del point of care al fine di evitare accessi inappropriati al Pronto Soccorso;
- g) **gestione della cronicità, complessità e fragilità** secondo il nuovo modello della Medicina di iniziativa come definito dalle modalità applicative della legge regionale 20/2020 di modifica della legge regionale 40/2005;
- h) **modalità di collegamento con Ospedale ed attività ambulatoriali**, definendo in particolare le modalità con cui il Team multi-professionale può collaborare con l'Agenzia Continuità Ospedale Territorio (ACOT) nella fase di dimissione di pazienti complessi o usufruire delle prestazioni dei Day Service multiprofessionali e multidisciplinari e degli ambulatori specialistici di secondo livello. Inoltre gli specialisti di riferimento della Casa della Salute dovranno organizzare sedute "ambulatoriali" nelle sedi della Casa della Salute, sulla base delle esigenze di consulenza specialistica con agende popolate secondo le necessità individuate dal coordinatore clinico su indicazione dei medici di famiglia per garantire una

vera e propria consulenza in compresenza, e comunque garantire la collaborazione "informatica" mediante teleconsulto.

Il Team multiprofessionale

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 è composto da:

- medici di medicina generale, singoli o in associazionismo, con il personale di supporto, previsto dall'ACN e cioè collaboratori di studio appositamente formati ed infermieri. Entrambe figure professionali messe a disposizione dai medici o direttamente o tramite le loro società di servizio;
- medici della continuità assistenziale, che sono quelli della AFT di riferimento;
- pediatri di famiglia;
- specialisti del SSR, tutti in regime di attività istituzionale;
- infermieri delle cure territoriali – infermieri di famiglia;
- assistenti sociali;
- personale amministrativo eventualmente dipendente dell'Azienda;
- altri professionisti del Territorio come Psicologo, Fisioterapista, Dietista Ostetrica, etc. coerentemente agli obiettivi ed alle progettualità definite.

In altre parole, è auspicabile che la Casa della Salute diventi il luogo privilegiato di attività delle Reti Cliniche Integrate e Strutturate.

Si sottolinea che il team multiprofessionale non può prescindere dalla presenza dei MMG.

Il Team della Casa della Salute garantisce la presa in carico integrata sociosanitaria della persona complessa e/o fragile grazie alla presenza o coinvolgimento dei diversi professionisti nel percorso assistenziale ed al coordinamento del loro operato sulla base di un Piano Assistenziale Individuale, come previsto dalla legge regionale 20 del 05 Marzo 2020 all'art 4 della legge regionale 40/2005 relative ai percorsi assistenziali.

La presenza fisica dei medici di famiglia e dei loro collaboratori nelle sedi della CdS è imprescindibile, mentre per le altre figure professionali è auspicabile laddove possibile, ma altrimenti è accettabile un coordinamento funzionale, tramite il sistema informativo – piattaforma informatica di CdS/AFT.

Al fine di garantire ai cittadini la personalizzazione non solo delle cure, ma anche del team di cura, è necessario che tutti i professionisti siano nominalmente coinvolti nel Team di ciascuna Casa della Salute, diventando i medici di quella popolazione.

I professionisti che collaborano tra loro, preferenzialmente nominalmente individuati per garantire la personalizzazione del team di cura, operano nella logica della "Comunità di Pratica" e per questo vanno previsti dei briefing periodici, strutturati sia nella cadenza temporale che nel proprio ordine del giorno, ai quali partecipano per la discussione dei casi complessi almeno MMG, infermiere, terapeuta, assistente sociale.

La Casa della Salute dovrebbe infatti essere il “setting” più qualificato per favorire la integrazione professionale, non rappresentando la somma di servizi ma un luogo, vero e mentale, dove essi si connettono per favorire quel lavoro multidisciplinare che non spezza le cure ma le unisce per migliorare la qualità della "cura" in un approccio in senso completo.

I professionisti che operano nella Casa della Salute, anche in maniera funzionale, promuovono la presa in carico e il coinvolgimento dei caregiver/badanti e si occupano di verificare il contesto di vita della persona affetta da patologia cronica in termini di risorse sociali e familiari, offrendo supporto non solo al soggetto interessato, ma anche alla sua famiglia, semplificando le procedure e gli iter amministrativi, e favorendo le progettualità sinergiche con le associazioni di volontariato.

Ogni Casa della Salute deve dotarsi di un sistema informativo – piattaforma informatica secondo le indicazioni del regolamento generale sulla protezione dei dati (“General Data Protection Regulation – GDPR”), come strumento di lavoro comune accessibile a tutti i componenti del Team multiprofessionale, che rappresenta una parte della stessa piattaforma della AFT di appartenenza, che deve essere univoca per tutti i componenti della stessa AFT e che deve essere in grado di interagire col software di gestione delle cartelle cliniche individuali dei pazienti e con quello di valutazione della appropriatezza delle cure erogate al cittadino. L’intero sistema informativo di CdS/AFT deve inoltre essere in grado di interfacciarsi con altri sistemi informatici sia aziendali che regionali.

Il sistema informativo di CdS deve essere in grado di:

a) Gestire, anche tramite App fornita ai singoli pazienti, l’agenda delle visite, lo scambio di dati o documenti e le attività burocratiche, anche per permettere ai medici nelle sedi periferiche, nel rispetto del distanziamento sociale e della programmazione degli accessi nelle sedi:

- prenotazione visite in studio;
- richiesta informatizzata di farmaci e prescrizioni diagnostiche;
- prenotazione diretta sulle agende aziendali della diagnostica e specialistica, la cui necessità sia emersa dall’attività clinica del medico, secondo il modello del “dove si prescrive si prenota”;
- invio di referti con protocollo di comunicazione e storage dei dati criptato.

b) Gestire, tramite App fornita ai singoli pazienti, una relazione permanente e continua tra il cittadino e il suo medico, finalizzata prevalentemente alla gestione della cronicità, complessità e fragilità, che consenta di:

- scambiare via App ogni tipo di documento, da un referto a una foto o video, da una ricetta a un audio, comprese schede di autovalutazione, test e scale di valutazione, ecc;
- effettuare valutazioni cliniche in video-call (televisita) o dialoghi effettuati in chat “sicura” durante le ore di ambulatorio e per tutti i contatti non necessitanti di una visita “in presenza”, finalizzata alla discussione di accertamenti effettuati, consultazioni su eventuali percorsi, counseling vari etc., e per avere una maggiore incisività rispetto a una semplice telefonata;

- registrare tutta la storia del rapporto Medico-Assistito: visite effettuate, in ambulatorio o in video call, documentazione clinica;
- raccogliere i dati diagnostici a distanza, attraverso il dialogo telematico tra la piattaforma e una App consegnata all’assistito che possa direttamente registrare, o su cui siano imputati dal paziente stesso o dal suo caregiver/badante, i dati prodotti da dispositivi digitali di “Point of Care”, consentendo un tele monitoraggio anche al fine di realizzare quel criterio di reperibilità a distanza previsto dall’articolo 38 del DL n. 23 del 8/4/2020.
- c) Gestire i rapporti/scambi di informazioni tra il MMG di fiducia del cittadino e altri medici di medicina generale della Casa della Salute, a ciclo di fiducia o a rapporto orario, anche attraverso una chat sicura o un teleconsulto, a supporto della gestione delle acuzie o riacutizzazioni “non differibili” o, in prospettiva, alla gestione dei pazienti Covid positivi o più in generale della cronicità-fragilità.
- d) Gestire il Piano Assistenziale Individuale formulato per ogni singolo paziente recepire le varie attività realizzate dalle varie figure professionali che compongono il Team multiprofessionale, garantire il trasferimento dei dati di attività (prestazioni effettuate) alla piattaforma aziendale per la rendicontazione ed in generale consentire le comunicazioni tra i vari professionisti del Team consentendo un teleconsulto con le altre figure del team (infermiere, specialisti, etc.) ed anche un teleconsulto a tre con MMG, paziente e terza figura professionale, permettendo anche di “mettere a comune” i risultati della diagnostica di primo livello in un momento di valutazione congiunta mediante teleconsulto tra MMG e specialista anche al fine della applicazione del PAI e di un miglior utilizzo della diagnostica ospedaliera di secondo livello.

È necessario poter disporre di una piattaforma regionale di “interscambio tra i vari software in uso nei vari setting aziendali e la piattaforma della Medicina Generale e il software gestionale di cartella clinica.

La piattaforma regionale di interscambio con la piattaforma del MMG deve consentire:

- Il trasferimento in cartella clinica o la consultazione dei dati di laboratorio, della diagnostica per immagini, delle visite specialistiche (siano esse state effettuate presso strutture aziendali o ospedaliere o dal privato accreditato), del percorso tamponi/test, delle vaccinazioni (Sistema Informativo Sanitario della Prevenzione Collettiva - SISPC), etc..
- Lo scambio di dati/informazioni con la cartella clinica/specialista ospedaliero del paziente ricoverato.
- La registrazione/comunicazioni dei dati, anche a fini amministrativi, delle varie attività svolte in sicurezza ai vari uffici della AUSL.
- La sincronizzazione dei vari dati col Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) in modo da realizzare un “dossier sanitario” per ogni singolo paziente.

Le modalità di dotazione del sistema informativo –piattaforma informatica di CdS sarà definito a livello regionale con apposito accordo.

È necessario che la Regione e le Aziende prevedano ed attuino momenti di formazione congiunta dei componenti dei Team relativamente alle varie modalità di lavoro condiviso ed all'utilizzo del sistema informativo – piattaforma informatica della Casa della Salute.

Organizzazione strutturale delle sedi di lavoro

Il Team multi-professionale opera in una rete di sedi erogative della Casa della Salute che devono garantire la prossimità anche ai cittadini che abitano in zone più decentrate, assicurando anche a loro l'intera gamma dei servizi previsti nel programma di attività e l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale.

A tal fine la DGRT 770/2020 prevede che *"...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"*.

Questa modalità di individuazione "diffusa" delle sedi consente, se ritenuto utile, in un'ottica di flessibilità dei modelli organizzativi, di garantire alla intera popolazione afferente ad una AFT il livello organizzativo ed assistenziale proprio della Casa della Salute.

D'altro canto una intera AFT non può adottare il livello organizzativo di Casa della Salute se non sono disponibili le sedi erogative necessarie a garantirlo a tutta la popolazione in una dimensione di prossimità.

Le sedi delle CdS dovranno essere realizzate preferibilmente 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 di medici di medicina generale, come peraltro normato dalla DGRT 770/2020.

Pertanto la Regione e le Aziende devono essere impegnate a vincolare parte del fondo per l'edilizia sanitaria alla realizzazione di nuove sedi o alla riconversione di strutture esistenti da adibire a sedi della Casa della Salute e le Aziende sono tenute a formulare un piano pluriennale (triennale?) di sviluppo delle Case della Salute. Gli investimenti per le CdS devono essere aggiuntivi rispetto alle dotazioni preesistenti e in particolare occorre differenziare gli investimenti per le case della salute dalle manutenzioni ordinarie e straordinarie degli immobili già a valenza sanitaria.

Le modalità di utilizzo da parte dei medici delle sedi "pubbliche" o di quelle messe a disposizione dai medici stessi saranno definite a livello regionale con apposito accordo.

Modalità di partecipazione dei cittadini

La legge regionale 40/2005 e smi all’art. 71 vicies bis afferma che tra gli scopi della Casa della Salute vi è quello di valorizzare *“il ruolo delle comunità locali ai fini della prevenzione e promozione della salute anche nell’ambito di specifiche progettualità”*.

Coerentemente la DGRT 770/2020 afferma che *“La Casa della Salute rappresenta un modello di sanità territoriale attraverso cui i cittadini possono disporre, nell’ambito della Zona-Distretto/Società della Salute, 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. 40/2005)”*.

È pertanto importante definire le modalità di partecipazione dei cittadini alle attività della Casa della Salute, prevedendo che in ciascuna Casa della Salute il Comitato di partecipazione di zona distretto/SdS costituito ai sensi della l.r. 40/2005, così come modificata con l.r. 75/2017, in accordo con il coordinatore organizzativo e il coordinatore clinico, promuova e sostenga processi partecipativi dei cittadini e delle associazioni afferenti territorialmente alla Casa della salute.

Tali processi saranno finalizzati con particolare riferimento a far emergere: proposte e pareri per la formulazione del programma annuale di attività; segnalazione di eventuali criticità e disfunzioni e proposte per la soluzione delle stesse; sviluppo di iniziative e politiche di prevenzione in campo sanitario e sociale, per favorire corretti stili di vita, incidere sui determinanti di salute e prevenire e combattere fattori di disagio, di fragilità o rischi di dipendenze.

Inoltre ai cittadini afferenti alla CdS possono essere proposti questionari o sondaggi che possono anche servire come indicatori di gradimento dei vari percorsi ed attività del programma annuale di attività.

In questo modo la Casa della Salute può rappresentare l’ambito dove si realizza la “Community Building”, dove, usando moderne tecnologie, per supportare le fragilità socio sanitarie, che devono essere guidate e alimentate dalle reti sociale e dai professionisti, si sperimentano forme di partecipazione attiva di attori di natura diversa, volte a favorire processi collettivi, attraverso forme innovative di partecipazione delle comunità locali e dove soggetti, facenti parte di una comunità, si impegnano ad operare congiuntamente nella costituzione di percorsi strutturati di empowerment di comunità, anche mediati da soluzioni “Social” cogestiti da associazioni e da AUSL/Regione potrebbero guadagnare credibilità e indirizzare verso comportamenti corretti, che mirano a rifondare legami di fiducia, di condivisione, di assunzione di un’ottica di comunità che va oltre l’interesse individuale.

Il servizio sociale può infatti contribuire alla costruzione di un sistema che cura, attraverso forme di consapevolezza nei confronti del proprio territorio, la costruzione di una mappa degli attori sociali per sostenere bisogni sanitari di fasce deboli, stimolando la creazione di una rete, promuovere servizi, eventi e progettualità di integrazione sociale. Nella costruzione di questo modello di partecipazione, il Servizio Sociale mette a disposizione la propria professionalità e specifiche

competenze nella conoscenza, costruzione e supporto delle reti. Integrando la costruzione del comitato di rappresentanza dei cittadini portando una “advocacy” dal basso.

Programma annuale di attività

La DGRT 770/2020 afferma che *“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 (omissis). 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.”*

Il programma annuale di attività viene definito dal coordinatore clinico in collaborazione col coordinatore organizzativo sentiti tutti i professionisti coinvolti nella CdS ed il Comitato dei cittadini, entro il mese di Gennaio di ogni anno e deve contenere l’esplicitazione della missione e degli obiettivi che i professionisti che operano nella CdS si prefiggono di raggiungere, ed in particolare quali dei “servizi” previsti per una Casa della Salute intendono garantire, oltre ad aspetti organizzativi come gli orari di apertura delle sedi, la dotazione nelle varie sedi del “Point of Care”, etc..

In pratica, per ciascuna CdS viene definito, in base alla temporalità della programmazione zonale, un documento attuativo relativo alle funzioni caratterizzanti la CdS ed alle modalità di svolgimento delle relative attività che vengono proposte, sottolineando anche come si intende garantire il coinvolgimento della comunità.

Per ogni attività o progetto o servizio andranno anche definiti indicatori di processo, di esito e di gradimento dei cittadini.

Entro il gennaio di ogni anno il Coordinatore clinico ed il coordinatore organizzativo redigono un documento valutativo delle attività svolte nell’anno precedente anche alla luce dei risultati descritti dagli indicatori da sottoporre per verifiche alla Azienda e come informativa al Comitato dei cittadini.

Considerazioni integrative per l’applicazione della DGRT 770/2020 “Case della Salute”

Al Gruppo di lavoro sono stati preliminarmente forniti i dati sullo “stato dell’arte” dell’applicazione del modello delle Case della Salute sul territorio toscano.

L’analisi dei dati, presentati sinteticamente al gruppo di lavoro dall’Agenzia Regionale di Sanità (ARS) sulla base di uno specifico rapporto al riguardo, ha permesso di formulare, tra le altre, le seguenti affermazioni:

- Le Case della Salute sono state realizzate in Toscana in modo molto disomogeneo, anche all’interno di una stessa Azienda.
- Altrettanto disomogenea è la adesione dei MMG che raggiunge percentuali basse.

Il modello organizzativo delle attuali Case della Salute è ancora di fatto riferito al dettato della precedente DGRT 117/2015, abrogata dalla 770/2020 che però non è stata ancora di fatto applicata anche a seguito delle difficoltà connesse alla pandemia da Covid-19, o addirittura è deficitario rispetto agli standard previsti dalla 117/2015.

- L’integrazione multiprofessionale sanitaria e soprattutto socio-assistenziale è molto disomogenea.
- Viceversa l’analisi condotta sugli indicatori determinanti di salute (stili di vita, gestione della cronicità, integrazione socio sanitaria) mostra una differenza, seppur minima, a favore della popolazione assistita dai medici che lavorano in casa della Salute a fronte dei risultati conseguiti sulla popolazione di medici che non lavorano in casa della Salute pur garantendo comunque anch’essi alla popolazione assistita la “Sanità di Iniziativa”.
- Questi risultati, se da un lato mettono in evidenza la attuale disparità di accesso alle cure e di qualità dei livelli assistenziali garantiti ai cittadini, dall’altro lato indica e stimola ad una più ampia ed omogenea diffusione delle Case della Salute.

Si formulano pertanto le seguenti considerazioni:

è necessario partire da un monitoraggio dell’esistente per comprendere quante CdS sono effettivamente funzionanti, quali e quanti sono i professionisti presenti e quali servizi vengono erogati ai cittadini.

È necessario compiere una più incisiva scelta politica sulla organizzazione della medicina territoriale, adottando il modello Casa della Salute come elemento essenziale allo sviluppo della “assistenza di prossimità”. Di conseguenza occorre che alle aziende territoriali vengano date indicazioni per mettere a punto un piano di sviluppo delle Case della Salute a breve termine, rivedendo la organizzazione delle esistenti qualora necessario e prevedendo la individuazione di nuove sedi, facendo in modo che tutta la popolazione afferente a ciascuna AFT possa usufruire dei servizi in una sede di Casa della Salute e ciascun medico di medicina generale della AFT svolga almeno parte del suo lavoro in una casa della salute, integrato nel Team Multiprofessionale.

Inoltre, prendendo atto che le AFT possono comprendere ambiti territoriali diversi per la medicina generale, e che quindi sussiste una criticità rappresentata dal fatto che, a norma di ACN, la popolazione di una AFT può usufruire dei servizi specialistici della CdS ma solo dei medici che sono convenzionati nell’ambito territoriale dove è ubicata la sede della CdS, perché i medici di medicina generale non possono aprire studi in ambiti diversi da quello di convenzione, si rafforza la necessità non solo di dare attuazione, a quanto già previsto nella DGRT 770/2020: *“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”*, ma anche di andare oltre, realizzando la rete di sedi comuni, in modo da avere sedi della CdS nei due ambiti territoriali della AFT, o riunificando gli ambiti territoriali all’interno della singola AFT, laddove possibile.

È necessario investire nelle Case della Salute, prevedendo per le sedi un fondo dedicato nel capitolo edilizia sanitaria da impegnare nei territori.

Il modello organizzativo ed assistenziale della "Casa della Salute" deve essere riproducibile e applicabile in ogni contesto e pertanto la attuazione a livello Distrettuale o di Società della Salute deve essere "flessibile" e prevedere comunque la costituzione di una rete di sedi, alcune principali, altre secondarie, tenendo conto della specifiche problematiche dei territori soprattutto rurali e, in particolare, montani, dove la densità della popolazione è molto scarsa ed è rappresentata da cittadini prevalentemente anziani, a cui garantire comunque gli stessi servizi e livelli assistenziali previsti dal piano annuale di attività della Casa della Salute, in un'ottica di equità di accesso e prossimità delle cure.

Le Aziende sanitarie devono ricevere indicazioni sulla necessità che le sedi siano dotate di personale per un numero di ore adeguato a supportare la accoglienza e l'erogazione dei servizi e delle attività per tutto il periodo di disponibilità/apertura previsto, siano dotate di diagnostica di primo livello – "Point of Care" e di una piattaforma informatica accessibile a tutti i professionisti che vi operano.

Le Aziende sanitarie devono conseguentemente ricevere indicazione di prevedere nel bilancio annuale un fondo dedicato alla realizzazione e funzionamento della Casa della Salute supportando i costi sia per la diagnostica che per tutte le figure professionali coinvolte.

È necessario che le sedi di lavoro della Continuità Assistenziale siano spostate nella rete di sedi della Casa della Salute dove il medico di Continuità Assistenziale avrebbe a disposizione l'accesso informatico ai dati del paziente e soprattutto la strumentazione diagnostica per garantire al cittadino una presa in carico ed una risposta assistenziale più efficiente ed efficace, che sarebbe maggiore durante le ore diurne e/o pomeridiane. Questo consentirebbe una continuità della "presa in carico condivisa" durante queste ore favorendo, laddove possibile, la redistribuzione, verso queste attività, delle ore di impegno notturne.

È necessario prevedere, in accordo col paragrafo 8 della DGRT 770/2020 "Attuazione e monitoraggio del modello delle CdS" un sistema di indicatori per il controllo della effettiva applicazione delle delibere, di individuare un organismo regionale che verifichi tali indicatori e possa suggerire ai decisori politici gli opportuni provvedimenti correttivi e di inserire il raggruppamento di questi indicatori nel sistema di valutazione dei Direttori Generali.