

Regione Lazio

DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 28 febbraio 2023, n. G02706

Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ed in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale n. G14215 del 19 ottobre 2022.

OGGETTO: “Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ed in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale n. G14215 del 19 ottobre 2022.”

**IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE
SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**

SU PROPOSTA del Dirigente dell’Area Rete Integrata del Territorio;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modificazioni “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”;

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1, recante “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale” e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il D. Lgs. 23 giugno 2011, n. 118: “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5 maggio 2009, n. 42” e successive modifiche;

VISTO il DCA del 30 dicembre 2015, n. U00606, recante “Attuazione dei programmi operativi 2013-2015 approvati con il DCA n. U00247/14, come successivamente modificati ed integrati, tra l’altro, dal DCA n. U00373/15. Istituzione delle AA.SS.LL. “Roma 1” e “Roma 2”. Soppressione delle AA.SS.LL. “Roma A”, “Roma B”, “Roma C”, “Roma E”. Ridenominazione delle AA.SS.LL. “Roma D” come “Roma 3”, “Roma F” come “Roma 4”, “Roma G” come “Roma 5” e “Roma H” come “Roma 6””;

VISTO il Regolamento Regionale 9 novembre 2017, n. 26, recante “Regolamento regionale di contabilità” che, ai sensi dell’articolo 56, comma 2, della l.r. n. 11/2020 e fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all’articolo 55 della l.r. n. 11/2020, continua ad applicarsi per quanto compatibile con le disposizioni di cui alla medesima l.r. n. 11/2020;

VISTO l’Accordo, ai sensi dell’articolo 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento “Piano Nazionale della Cronicità” di cui all’articolo 5, comma 21 dell’Intesa n. 62/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. Rep. Atti n. 160/CSR del 15 settembre 2016;

VISTO il DCA del 20 gennaio 2020 n. U00018, avente ad oggetto “Adozione in via definitiva del piano di rientro “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo. Modifiche ed integrazioni al DCA U00469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019”;

VISTO il DCA del 25 giugno 2020 n. U00081 che ha adottato il Piano di rientro denominato “Piano

di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti con il citato parere del 28 gennaio 2020 e definito il percorso volto a condurre la Regione verso la gestione ordinaria della sanità, previa individuazione degli indirizzi di sviluppo e qualificazione da perseguire;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 406 del 26 giugno 2020 recante “Preso d’atto e recepimento del Piano di Rientro denominato “Piano di riorganizzazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell’uscita dal Commissariamento” ed, in particolare, gli indirizzi volti a promuovere la presa in carico globale della persona attraverso la transizione dal modello di attesa a quello proattivo, l’integrazione tra i diversi setting di cura ed i professionisti, nonché il potenziamento delle strutture territoriali, da realizzare anche attraverso investimenti nell’innovazione tecnologica e nella telemedicina;

CONSIDERATO che con il verbale della riunione del 22 luglio 2020 il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza ha ratificato l’uscita della Regione Lazio dal commissariamento;

VISTA la Legge Regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: “Legge di contabilità regionale”;

VISTA la Deliberazione del Consiglio Regionale 22 dicembre 2020, n. 13 “Un nuovo orizzonte di progresso socioeconomico – Linee di indirizzo per lo sviluppo sostenibile e la riduzione delle disuguaglianze. Politiche pubbliche regionali ed europee 2021-2027”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale del 30 dicembre 2020, n. 1044 con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria al dott. Massimo Annicchiarico;

VISTA la nota del Direttore Generale prot. n. 278021 del 30 marzo 2021, con la quale sono fornite le ulteriori modalità operative per la gestione del bilancio regionale 2021-2023;

CONSIDERATO che con Determinazione n. G07512 del 18 giugno 2021 è stato adottato il Documento Tecnico denominato: “Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale del 21 dicembre 2021 n. 970, avente ad oggetto “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 16 dicembre 2021, n. 944, concernente “Ricognizione nell’ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del SSR, ai sensi dell’art. 20, comma 1, del d.lgs. n. 118 del 23/06/2011 e s.m.i. – Perimetro Sanitario – Esercizio Finanziario 2021”;

VISTA la Legge Regionale 30 dicembre 2021, n. 20, recante “Legge di stabilità regionale 2022”;

VISTA la Legge Regionale 30 dicembre 2021, n. 21, recante “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2022-2024”;

VISTA la Legge Regionale 30 dicembre 2021, n. 992, concernente “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2022-2024”. Approvazione del "Documento tecnico di accompagnamento",

ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate ed in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2021, n. 993, concernente: “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2022-2024. Approvazione del 'Bilancio finanziario gestionale', ripartito in capitoli di entrata e di spesa ed assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa”, come modificata dalla deliberazione di Giunta regionale del 14 giugno 2022, n. 437;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 18 gennaio 2022, n. 8, concernente “Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2022-2024 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11”;

VISTA la nota del Direttore Generale prot. n. 262407 del 16 marzo 2022, con la quale sono fornite le ulteriori modalità operative per la gestione del bilancio regionale 2022-2024;

VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato con Decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021 e notificata all'Italia dal Segretario generale del Consiglio con nota LT161/21 del 14 luglio 2021;

VISTO il Decreto Legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito con modificazioni dalla legge 1 luglio 2021, n. 101, recante: “Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti”, che approva il Piano Nazionale per gli investimenti complementari finalizzato ad integrare con risorse nazionali gli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e che, in ambito Salute, è focalizzato verso un ospedale sicuro e sostenibile ed, in particolare, verso il miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri;

VISTO il Decreto Legge n. 77 del 31 maggio 2021, convertito con modificazioni dalla legge n. 108 del 29 luglio 2021, recante “Governance del Piano nazionale di rilancio e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure”, nel quale, in ordine all'organizzazione della gestione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, vengono definiti i ruoli ricoperti dalle diverse amministrazioni coinvolte nonché le modalità di monitoraggio del Piano e del dialogo con le autorità europee e si prevedono misure di semplificazione che incidono in alcuni dei settori oggetto del PNRR, al fine di favorirne la completa realizzazione;

VISTO il Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, recante “Misure urgenti per il rafforzamento delle capacità amministrative delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”;

VISTO il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 6 agosto 2021 relativo all'assegnazione delle risorse finanziarie in favore di ciascuna Amministrazione titolare degli interventi PNRR e corrispondenti Milestone e Target previsti per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione;

CONSIDERATO che il PNRR, nell'ambito della missione 6 Salute, con la componente M6C1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale” sostiene gli investimenti volti a rafforzare la capacità di erogazione di servizi e prestazioni sul territorio, destinati in modo particolare alla popolazione con cronicità, grazie al potenziamento e alla realizzazione di strutture

territoriali, l'estensione dell'assistenza domiciliare, il coordinamento tra setting di cura, al fine di garantire la continuità dell'assistenza, lo sviluppo della telemedicina ed una più efficace integrazione con i servizi socio-sanitari;

CONSIDERATO, altresì, che nell'ambito della missione 6 Salute, con la componente M6C2, il PNRR prevede investimenti mirati alla digitalizzazione dei DEA I e II Livello, investimenti riguardanti l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione, nonché investimenti mirati all'adozione e all'utilizzo FSE da parte delle Regioni;

VISTO l'articolo 17 Regolamento UE 2020/852 che definisce gli obiettivi ambientali, tra cui il principio di non arrecare un danno significativo (DNSH, "*Do no significant harm*"), e la Comunicazione della Commissione UE 2021/C 58/01 recante "Orientamenti tecnici sull'applicazione del principio 'non arrecare un danno significativo' a norma del regolamento sul dispositivo per la ripresa e la resilienza";

CONSIDERATI i principi trasversali previsti nel PNRR, quali, tra l'altro, il principio del contributo all'obiettivo climatico e digitale (c.d. tagging), il principio di parità e di genere e l'obbligo di protezione e valorizzazione dei giovani;

VISTA la Determinazione regionale GR3900-000013 del 6 settembre 2021 avente ad oggetto "Pianificazione di interventi regionali in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione Salute. Istituzione del Gruppo di lavoro regionale e di Gruppi di lavoro tematici" con la quale:

- si istituisce il Gruppo di lavoro che opera in stretta collaborazione con le Aziende Sanitarie, presieduto dall'Assessore regionale alla Sanità ed Integrazione Socio-Sanitaria;
- si stabilisce che il Gruppo di lavoro si avvalga del supporto di Agenas, nella figura di un esperto individuato a seguito di specifico atto di convenzione, al fine di favorire il raccordo con gli indirizzi nazionali nella definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici per l'assistenza territoriale, nonché per assicurare connessioni con il progetto PonGov Cronicità;
- si stabilisce la possibilità di costituire, con successivi atti, opportuni gruppi di lavoro tematici, coordinati dai Dirigenti delle Aree di competenza della Direzione Salute e integrazione sociosanitaria, finalizzati ad accompagnare la pianificazione, la realizzazione e la verifica degli interventi;

TENUTO CONTO che, con la suindicata Determinazione regionale GR3900-000013/2021, si stabilisce altresì che il Gruppo di lavoro garantisca che la pianificazione degli interventi e dei connessi investimenti, in attuazione del PNRR, si sviluppi secondo un quadro organico, integrato e sistemico di interventi, curando in particolare:

- la coerenza delle attività di programmazione con le indicazioni del livello nazionale ed il raccordo con lo stesso, nonché con le altre Direzioni regionali interessate;
- la ricognizione di pratiche, esperienze, progetti e sperimentazioni a livello locale, nella cornice dei principi ispiratori e degli indirizzi declinati nella Missione 6;
- l'identificazione della scalabilità degli interventi, la loro replicabilità a livello locale e la possibilità di sinergie;
- la promozione di iniziative volte a favorire lo sviluppo di modelli innovativi.

VISTE le Determinazioni regionali n. G01802 del 22 febbraio 2022 e n. G03633 del 28 marzo 2022 che aggiornano la composizione del suindicato Gruppo di lavoro regionale;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale del 9 novembre 2021, n. 755, recante “Governance operativa regionale per l’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Piano Nazionale Complementare al PNRR (PNC)”;

CONSIDERATO che il piano di programmazione regionale intende proseguire, implementare e completare la strategia e le azioni necessarie per il raggiungimento di obiettivi specifici che concorrono alla programmazione degli investimenti nella Sanità del Lazio per l’integrazione Ospedale - Territorio anche attraverso l’utilizzo dei fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);

VISTA la deliberazione di Giunta regionale n. 1005 del 30 dicembre 2021 recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6-Salute componente M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale. Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 – Definizione del Piano – Identificazione delle Strutture del PNRR e del piano regionale integrato”;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale n. 1006 del 30 dicembre 2021 recante in oggetto “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 - Salute componente M6C2.1 Aggiornamento Tecnologico Digitale – Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Definizione del Piano del PNRR e del piano regionale integrato”;

VISTA la Determinazione regionale n. G16850 del 31 dicembre 2021 “Approvazione del documento "Documento di Programmazione ad interim degli interventi di riordino territoriale per l'implementazione del community care model: Principi, modelli e strumenti per favorire l'innovazione organizzativa nell'assistenza territoriale, in linea con le indicazioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza", con cui si è provveduto a dare l’avvio alla programmazione degli interventi di riordino territoriale;

CONSIDERATO che le risorse del PNRR e del PNC destinate alla realizzazione degli interventi sono state ripartite tra le Regioni e le Province autonome con Decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute “Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari. (22A01552)”, pubblicato su Gazzetta Ufficiale (GU Serie Generale n.57 del 09-03-2022);

VISTA la deliberazione di Giunta regionale n. 75 del 25 febbraio 2022 recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 - Salute componente M6C2.1 Aggiornamento Tecnologico Digitale – Investimento 1.1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione) – Definizione del Piano regionale di digitalizzazione delle strutture ospedaliere sede di DEA di I e II livello, di cui al PNRR.”;

PRESO ATTO del Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00057 del 21 aprile 2022 avente ad oggetto “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 Salute – Componente M6C1 Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 - Componente M6C2.1 Investimenti 1.1 - Componente M6C2 Investimenti 1.2 - Componente M6C2.1 Investimento 1.1.1. e Piano Nazionale Complementare al PNRR (PNC). Nomina Soggetti Attuatori delegati” con il quale si è proceduto a nominare i Direttori Generali/Commissari straordinari pro tempore delle Aziende del SSR quali Soggetti Attuatori delegati all’esercizio delle competenze relative all’avvio, alla realizzazione operativa e al funzionamento degli interventi attuativi degli obiettivi del PNRR e del Piano complementare riferiti alla Regione Lazio di cui alle deliberazioni della Giunta regionale del 30 dicembre 2021 nn. 1005, 1006 e 1007 e del 25 febbraio 2022 n. 75, ognuno per gli interventi di propria competenza;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, ed in particolare l’art. 1, comma 2, che prevede che le regioni e province autonome provvedano ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell’Assistenza territoriale entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del Regolamento;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale n. 332 del 24 maggio 2022 recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute – Componente M6C1 e M6C2– Approvazione Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)”;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 “Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77", che aggiornando il contenuto del Piano di cui alla determinazione n. G16850/2021 rappresenta un primo atto di recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell’art 1 comma 2 del citato provvedimento;

CONSIDERATO che il documento approvato con la sopracitata deliberazione analizza gli strumenti programmatici, i modelli organizzativi, le strutture, le funzioni e le figure professionali coinvolte nel percorso di riqualificazione della assistenza territoriale, con riferimento alle Case della Comunità ed agli Ospedali della Comunità, alla figura dell’Infermiere di Comunità, alle Unità di Continuità Assistenziali, al NEA 116117, alle Centrali Operative Territoriali, alla Transizione digitale e alla Presa in Carico attraverso il sistema integrato di offerta;

VISTA la Determinazione regionale n. G14215 del 19 ottobre 2022 recante “Pianificazione di interventi regionali in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione Salute. Programmazione operativa degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643: aggiornamento del Gruppo di lavoro regionale e individuazione di gruppi di lavoro tematici”, con la quale si è proceduto ad istituire appositi gruppi di lavoro (work package);

CONSIDERATO che la succitata Determinazione regionale G14215/2022 ha stabilito che il gruppo di lavoro regionale coordini ed armonizzi lo sviluppo di un percorso di lavoro volto a delineare azioni necessarie all’attuazione degli interventi di riordino della rete assistenziale territoriale della Regione Lazio, in applicazione delle Linee Guida generali approvate con la Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643, nonché al completamento del provvedimento generale di programmazione dell’Assistenza territoriale ai sensi del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n.77, articolo 1 comma 2;

CONSIDERATO altresì che la suindicata Determinazione regionale G14215/2022 ha articolato il percorso di lavoro volto a delineare azioni necessarie all’attuazione degli interventi di riordino della rete assistenziale da svilupparsi attraverso work package relativi ai seguenti ambiti tematici:

WP1 – Identificazione di un modello per la definizione dei profili epidemiologici e dei bisogni dei bacini di utenza delle Case di Comunità.

WP2 - Ruolo e modelli di servizio della Medicina Generale.

WP3 - Portafoglio servizi da integrare e delocalizzare: COT e “nuova prossimità”.

WP4 - Home care, con riferimento a modalità erogative e modelli professionali per l’assistenza infermieristica e per la digital health.

WP5 - Il ruolo del Direttore di Distretto.

WP6 - Comunicazione sociale e coproduzione.

WP7 - Piattaforme tecnologiche a supporto dei disegni strategici e dei modelli organizzativi.

WP8 - Profilo di ruolo dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC).

WP9 - Medicina dell'inclusione e dell'equità.

WP10 - Gli strumenti della contrattualistica;

VISTA la Determinazione regionale G16240 del 24 novembre 2022 “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6: Salute - Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Sub investimento 1.2.2 - Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) - 1.2.2.3 COT Device. Approvazione linee guida regionali per l'acquisto dei Device – COT”, che individua i requisiti tecnici minimi di interoperabilità tra i device e le piattaforme digitali di telemedicina nazionali e regionali, da utilizzare in fase di approvvigionamento dei device per le COT da parte delle Aziende destinatarie del finanziamento di cui alla DGR 332/2022;

VISTA la Determinazione regionale G18206 del 20 dicembre 2022 “Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 "Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77" quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell'Art.1 comma 2 del citato provvedimento;

RAVVISATA la necessità di completare l'azione programatoria regionale per definire le modalità operative con cui dare esecuzione alle indicazioni programmatiche, anche in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 1 comma 2 del citato D.M. 77/2022, al fine di garantire uniformità tra le Aziende Sanitarie del SSR;

TENUTO CONTO degli esiti dei gruppi di lavoro tematici volti ad individuare azioni e attività per l'implementazione operativa degli interventi, all'interno delle Aziende sanitarie, in applicazione del citato D.M. 77/2022, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla suindicata Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 negli ambiti tematici di competenza, individuandone le fasi del processo di gestione del cambiamento;

RITENUTO pertanto necessario, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n.77, approvare i documenti 1) “Programmazione di ulteriori interventi regionali in attuazione del PNRR - Missione 6 ai sensi del DM 23 Maggio 2022, N.77 ed in coerenza con le Linee Guida Generali di Programmazione di cui alla D.G.R. 643/2022 e la Determinazione 18206/2022” – 2) “Principi e indicazioni operative per favorire l'inclusione, l'equità e la partecipazione dei cittadini” - 3) “Indicazioni operative regionali per la realizzazione di percorsi integrati di prevenzione e cura nel contesto delle case della comunità e negli interventi domiciliari”, Allegati n. 1, n. 2 e n. 3, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DETERMINA

per le motivazioni espresse in premessa, che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare i documenti 1) “Programmazione di ulteriori interventi regionali in attuazione del PNRR - Missione 6 ai sensi del DM 23 Maggio 2022, N.77 ed in coerenza con le Linee Guida Generali di Programmazione di cui alla D.G.R. 643/2022 e la Determinazione 18206/2022” – 2) “Principi e indicazioni operative per favorire l’inclusione, l’equità e la partecipazione dei cittadini” - 3) “Indicazioni operative regionali per la realizzazione di percorsi integrati di prevenzione e cura nel contesto delle case della comunità e negli interventi domiciliari”, Allegati n. 1, n. 2 e n. 3, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale al Tribunale Amministrativo Regionale da presentarsi entro 60 (sessanta) giorni dalla notifica, ovvero, in via alternativa, al Presidente della Repubblica entro 120 (centoventi) giorni.

IL DIRETTORE

Massimo Annicchiarico



PNRR
Missione 6-Salute

Allegato 1

PROGRAMMAZIONE DI ULTERIORI INTERVENTI REGIONALI IN ATTUAZIONE DEL PNRR - MISSIONE 6 AI SENSI DEL DM 23 MAGGIO 2022, N.77 ED IN COERENZA CON LE LINEE GUIDA GENERALI DI PROGRAMMAZIONE DI CUI ALLA D.G.R. 643/2022 E LA DETERMINAZIONE 18206/2022

INDICE

Premessa	4
1 Interventi di riordino territoriale: la valutazione proattiva degli esiti di salute	5
1.1 Gli indicatori di qualità per la valutazione proattiva.....	5
1.2 Le modalità operative della valutazione proattiva: baseline, risultati attesi e analisi degli scostamenti.....	5
1.3 La valutazione partecipata degli interventi attraverso l'esperienza del paziente	9
2 Identificazione di un modello per la definizione dei profili epidemiologici e dei bisogni dei bacini di utenza delle Case di Comunità	10
2.1 I bacini di utenza delle Case di Comunità: la suddivisione del territorio in Zone Sub-Distrettuali	10
2.2 Profilo epidemiologico e stima dei bisogni assistenziali	15
3 Il Ruolo del Direttore di Distretto	18
3.1 La missione di "comunità" del Distretto Socio Sanitario (DSS)	18
3.2 Il DSS e la Sanità d'iniziativa	19
3.3 L'organizzazione e la gestione del DSS di comunità.....	20
3.4 Le funzioni manageriali emergenti del DSS di Comunità	20
3.5 Il Direttore del DSS e il team di direzione del DSS.....	21
4 Linee per l'implementazione del modello dell'Assistenza Domiciliare integrato con i servizi della telemedicina	24
4.1 Il contesto di riferimento dell'Assistenza Domiciliare nel Lazio.....	24
4.2 Modalità di accesso all'ADI e integrazione con telemedicina e COT	25
4.3 Definizione dei livelli di interconnessione tra ADI e PUA	29
4.4 Modalità di erogazione dell'assistenza domiciliare integrato anche dai servizi di telemedicina	29
4.5 Strumenti informativi /informatici a supporto dell'attività di assistenza domiciliare	30
4.6 Sviluppo di un sistema di valutazione attraverso indicatori di processo e di esito dell'attività ADI	31
4.7 Fabbisogno personale per l'ADI e formazione degli operatori	31
4.8 Buone pratiche di Assistenza Domiciliare integrata dalla telemedicina nelle ASL del Lazio	32
5 Linee di indirizzo regionali per l'istituzione del profilo di ruolo dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC).....	33
5.1 Orientare la missione dell'Ifoc nel sistema delle cure	33
5.2 Profilo di ruolo dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC).....	34
5.3 Azioni di inserimento dell'Ifoc nei contesti di cure primarie	37
5.4 Risultati attesi con l'introduzione del profilo dell'Ifoc e strumenti di monitoraggio	37

5.5 La formazione dell'IFoC	38
6 Portafoglio servizi da integrare e delocalizzare: COT e nuova prossimità	40
6.1 Modello organizzativo delle centrali operative	40
6.2 Il processo di transizione	41
6.3 La Centrale Operativa Aziendale (COT-A)	42
6.4 La Centrale Operativa Distrettuale (COT-D)	46
6.5 Coordinamento regionale delle COT (CR-COT)	48
Autori del documento	62

Premessa

Il presente documento costituisce la declinazione di maggior dettaglio e specificità, anche operativa, della programmazione di cui alla Deliberazione n. 643 del 26 luglio 2022 (di seguito DGR) che, in stretto raccordo con gli investimenti della DGR 332 del 24 maggio 2022 e la determinazione n. 18206 del 20 dicembre 2022, declina il «modello regionale del Lazio» nell'attuazione del Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022 (di seguito DM). L'insieme dei provvedimenti ha lo scopo di rispettare le indicazioni che su scala nazionale vengono proposte per l'implementazione del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e resilienza) e parallelamente di accompagnare il processo di implementazione delle innovazioni contenute nella Missione 6, valorizzando le buone pratiche in essere e orientando la rete dei servizi e le attività degli operatori verso il miglioramento dello stato di salute dei cittadini.

In questa prospettiva, il PNRR e il DM 77/2022 rappresentano l'occasione per definire e condividere i fini a cui l'intero sistema delle cure fa riferimento. A tale scopo il presente documento si apre con il modello di misurazione e valutazione di impatto di tali azioni. Gli esiti di salute dei cittadini e l'esperienza di cura rappresentano la metrica rispetto alla quale sarà possibile verificare come l'insieme delle innovazioni introdotte avrà contribuito a migliorare la situazione attuale in ciascun contesto territoriale. Le indicazioni di seguito proposte rappresentano la convergenza fra gli indirizzi della programmazione e la valorizzazione delle esperienze e progettualità già in essere in Lazio.

1 Interventi di riordino territoriale: la valutazione proattiva degli esiti di salute

1.1 Gli indicatori di qualità per la valutazione proattiva

Le Linee Guida regionali approvate con Deliberazione n. 643 del 26 luglio 2022 (DGR 643) [1] prevedono che gli interventi di riordino territoriale vengano messi in relazione ad una serie di risultati «attesi», espressi in termini di esiti di salute. In questa logica, il monitoraggio sistematico dei risultati ottenuti, il confronto critico con gli attesi e l'eventuale implementazione di specifici interventi "correttivi" consentirà di realizzare un processo virtuoso di valutazione proattiva, orientato al raggiungimento progressivo dei risultati. Attraverso l'integrazione dei Sistemi informativi sanitari della Regione Lazio è possibile misurare diverse dimensioni della qualità dell'assistenza erogata. È possibile calcolare specifici indicatori di esito come le ospedalizzazioni evitabili, che costituiscono una misura indiretta della qualità dell'assistenza sanitaria erogata in un determinato territorio, misurare l'aderenza ai trattamenti farmacologici, il ricorso alle visite specialistiche o il monitoraggio di specifici parametri clinici o metabolici, proxy della progressione della patologia. Gli indicatori per la valutazione degli interventi di riordino territoriale, descritti nella DGR 643, consentiranno di analizzare anche eventuali differenze di genere o gradienti associati al titolo di studio e allo status socio-economico [1]. Il processo di valutazione si avvarrà anche di alcuni indicatori "integrativi", come la *prevalenza di polypharmacy nei pazienti multicronici*, il *tasso di ricovero per acuti nei pazienti cronici e multicronici*, l'*incidenza di ospedalizzazioni evitabili*, la *percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera* e specifici *indicatori di flusso* per il monitoraggio della mobilità passiva rispetto a tutte quelle prestazioni che andrebbero erogate in contesti di prossimità [2]. Il processo di valutazione proattiva prevede anche l'utilizzo di metodologie basate sulla stratificazione della popolazione, in grado di identificare strati omogenei di assistiti sulla base dei bisogni sanitari e socio-sanitari, come la popolazione cronica, multicronica, multicronica ad alta complessità clinica e multicronica con fattori di vulnerabilità socio-economica [1]. La valutazione "dinamica" dei *tassi di transizione* da uno strato all'altro, con particolare attenzione alle transizioni che denotano un peggioramento delle condizioni di salute, note in letteratura come "transizioni avverse", può essere un valido supporto per rivalutare e, ove necessario, riprogrammare l'attuale dimensionamento dei servizi sanitari e la loro organizzazione [3].

1.2 Le modalità operative della valutazione proattiva: baseline, risultati attesi e analisi degli scostamenti

Il dettaglio territoriale. Gli indicatori di qualità saranno calcolati su diversi livelli di dettaglio territoriale: *Azienda Sanitaria Locale (ASL)*, *Distretto sanitario* e *Bacini di utenza delle Case di Comunità (CdC)*. Inoltre, gli indicatori saranno calcolati per *Medico di Medicina generale* e *Pediatra di libera scelta*.

Le dimensioni della valutazione. L'impatto della riorganizzazione dei servizi territoriali sarà monitorato primariamente attraverso due parametri: (1) il valore degli indicatori di qualità misurato a livello di ASL e (2) la variabilità degli indicatori tra i Distretti sanitari dell'Azienda. L'obiettivo cui tendere progressivamente è duplice: aumentare la performance "media" aziendale e ridurre l'eterogeneità tra i Distretti sanitari.

Periodicità delle misure. Gli indicatori di qualità e le rispettive misure di variabilità saranno calcolati con cadenza annuale. Dopo le misurazioni al *baseline*, riferite all'anno 2021, si prevede una fase di *monitoraggio* per gli anni che vanno dal 2022 al 2026. Mantenendo la cadenza annuale, a partire dal 2027 saranno identificati i *risultati di salute attesi* (valori obiettivo) cui tendere progressivamente. Questi valori consentiranno di valutare le differenze rispetto ai risultati osservati (analisi degli scostamenti), al fine di implementare eventuali interventi correttivi.

Calcolo dei risultati attesi. I risultati attesi saranno calcolati a livello di ASL per tutti gli indicatori di qualità oggetto della valutazione e saranno riferiti sia alla performance media aziendale che alla variabilità "interna" tra i Distretti sanitari. I valori obiettivo saranno differenziati per tipologia di indicatore e, applicando opportune relazioni non lineari, verranno stimati in funzione dei valori osservati al baseline. In linea generale, per le ASL con una bassa performance iniziale saranno proposti maggiori margini di miglioramento. I valori obiettivo saranno preliminarmente condivisi con tutti gli stakeholder, a livello regionale e aziendale.

L'accesso ai dati. Tutte le fasi della valutazione proattiva (risultati al baseline, periodo di monitoraggio, risultati attesi e analisi degli scostamenti) saranno resi disponibili online attraverso il sito 'PreValE' (Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari) e consultabili in una sezione appositamente dedicata alla valutazione proattiva degli interventi di riordino territoriale previsti dalla DGR 643.

I risultati al baseline. Nella **tabella 1** sono presentati i risultati degli indicatori al baseline (anno 2021) per ciascuna ASL della Regione Lazio. Nell'Edizione 2022 del 'PreValE' è possibile, inoltre, consultare i risultati (anno 2021) ottenuti nei singoli Distretti di ciascuna ASL e valutarne la *variabilità* intra-aziendale [4].

Audit & Feedback. La qualità dell'assistenza territoriale, anche se riferita a bacini di utenza sub-distrettuali e molto circoscritti, dipende da un vasto insieme di erogatori. Nei casi in cui l'analisi degli scostamenti evidenziasse una distanza molto rilevante tra i risultati osservati e gli attesi, sarà opportuno integrare il processo di valutazione con analisi ad hoc più dettagliate, in stretta sinergia con le Direzioni aziendali e i Direttori di Distretto, a supporto della programmazione di specifici interventi correttivi.

Le valutazioni di impatto. Saranno condotti studi epidemiologici ad hoc per valutare l'effettiva causalità tra gli interventi di riordino territoriale e i cambiamenti osservati negli esiti di salute. Il controllo per il "*general time trend*", necessario per escludere che le possibili variazioni negli esiti di salute siano indipendenti dal modello adottato, sarà realizzato in maniera non convenzionale, facendo ricorso a metodologie riconducibili ai modelli '*Difference in Differences*' e traendo vantaggio dal fatto che le ASL della Regione Lazio stanno implementando gli interventi previsti dalla DGR 643 con tempi e modalità differenti [5]. Per misurare la velocità e l'efficacia con cui le ASL implementeranno gli interventi di riordino territoriale durante il periodo di valutazione, saranno utilizzati specifici indicatori di "processo-funzionamento"¹ il cui calcolo è vincolato alla disponibilità delle informazioni registrate nel Sistema informativo regionale per l'assistenza territoriale (SIAT-SIATESS) e nelle Piattaforme regionali per la telemedicina.

¹ A titolo di esempio: percentuale di residenti gestiti dalle Centrali operative territoriali (COT) nei processi di transizione di tipo *step down* e di tipo *step up*; percentuale di residenti di età superiore ai 65 anni presi in carico in assistenza domiciliare; percentuale di pazienti cronici e multicronici in telemonitoraggio.

Tabella 1. Indicatori per la valutazione degli interventi di riordino territoriale: risultati al baseline per ASL (anno 2021)

INDICATORI	ASL					
	RM1	RM2	RM3	RM4	RM5	RM6
Area Cardiovascolare						
IMA: aderenza alla politerapia dopo il ricovero* - % ADJ	59.23	56.06	55.49	59.35	62.56	56.66
IMA: eventi maggiori cardio-cerebrovascolari (MACCE) dopo il ricovero* - % ADJ	16.15	17.37	18.64	16.13	11.88	14.35
Scompenso cardiaco: aderenza al trattamento dopo il ricovero - % GREZZA	28.59	27.99	26.96	32.91	25.00	27.65
Ospedalizzazioni per scompenso cardiaco* - TASSO x 1000 ADJ	1.12	1.16	1.20	1.39	1.22	1.69
Area Cerebrovascolare						
Ictus ischemico: aderenza al trattamento dopo il ricovero - % GREZZA	79.78	82.37	87.04	82.93	81.69	88.66
Ictus ischemico: eventi maggiori cardio-cerebrovascolari (MACCE) dopo il ricovero* - % ADJ	10.72	12.19	10.55	13.21	11.68	15.38
Area Metabolica						
Diabete: almeno una misurazione di emoglobina glicata in un anno - % GREZZA	46.68	54.36	46.75	54.38	47.71	52.21
Diabete: almeno una misurazione di colesterolemia in un anno - % GREZZA	59.10	64.69	61.10	68.84	59.13	63.04
Ospedalizzazioni per complicanze a breve e lungo termine del diabete* - TASSO x 1000 ADJ	61.84	67.69	59.69	55.27	58.20	68.38
Area Respiratoria						
BPCO: aderenza al trattamento dopo il ricovero* - % ADJ	29.80	34.51	38.38	41.59	40.20	29.58
Ospedalizzazioni per BPCO* - TASSO x 1000 ADJ	11.10	10.88	10.99	7.27	10.55	9.80
Area Percorso Nascita						
Gravidanza: utilizzo di farmaci potenzialmente inappropriati - % GREZZA	15.56	18.19	14.13	14.70	16.59	16.49
Gravidanza: donne con meno di 3 ecografie - % GREZZA	80.74	84.73	80.40	80.60	84.47	88.13
Area Farmaco-utilizzazione						
Assistiti di età >= 80 anni: utilizzo di statine - % GREZZA	27.38	30.27	30.18	28.20	28.97	29.60
Assistiti in età adulta (18-84 anni) che utilizzano antibiotici - % GREZZA	26.87	30.70	29.14	30.68	33.94	32.47
Bambini in età prescolare che utilizzano cortisonici per aerosol - % GREZZA	20.88	27.78	24.46	26.53	28.97	31.69
Accessi in PS						
Pazienti con patologie croniche: accessi potenzialmente inappropriati in PS - TASSO x 1000 GREZZO	45.35	48.91	47.54	51.87	57.38	56.25

* Valori aggiustati per genere, età e patologie concomitanti.

INDICATORI	ASL			
	VITERBO	RIETI	LATINA	FROSINONE
Area Cardiovascolare				
IMA: aderenza alla politerapia dopo il ricovero* - % ADJ	64.99	57.18	48.63	55.27
IMA: eventi maggiori cardio-cerebrovascolari (MACCE) dopo il ricovero* - % ADJ	11.51	10.46	13.70	14.48
Scompenso cardiaco: aderenza al trattamento dopo il ricovero - % GREZZA	25.18	34.48	23.68	28.47
Ospedalizzazioni per scompenso cardiaco* - TASSO x 1000 ADJ	1.05	0.83	1.71	1.81
Area Cerebrovascolare				
Ictus ischemico: aderenza al trattamento dopo il ricovero - % GREZZA	91.14	88.51	87.75	81.62
Ictus ischemico: eventi maggiori cardio-cerebrovascolari (MACCE) dopo il ricovero* - % ADJ	9.13	13.12	16.62	10.83
Area Metabolica				
Diabete: almeno una misurazione di emoglobina glicata in un anno - % GREZZA	60.03	58.62	62.73	49.50
Diabete: almeno una misurazione di colesterolemia in un anno - % GREZZA	66.07	60.76	70.17	60.09
Ospedalizzazioni per complicanze a breve e lungo termine del diabete* - TASSO x 1000 ADJ	56.24	60.07	51.09	55.61
Area Respiratoria				
BPCO: aderenza al trattamento dopo il ricovero* - % ADJ	40.42	41.04	39.42	31.18
Ospedalizzazioni per BPCO* - TASSO x 1000 ADJ	12.51	4.90	7.96	10.02
Area Percorso Nascita				
Gravidanza: utilizzo di farmaci potenzialmente inappropriati - % GREZZA	14.06	14.64	13.93	18.08
Gravidanza: donne con meno di 3 ecografie - % GREZZA	61.37	76.11	90.42	92.02
Area Farmaco-utilizzazione				
Assistiti di età >= 80 anni: utilizzo di statine - % GREZZA	24.33	30.01	31.64	26.99
Assistiti in età adulta (18-84 anni) che utilizzano antibiotici - % GREZZA	34.00	33.84	36.59	40.05
Bambini in età prescolare che utilizzano cortisonici per aerosol - % GREZZA	25.28	25.10	28.82	27.61
Accessi in PS				
Pazienti con patologie croniche: accessi potenzialmente inappropriati in PS - TASSO x 1000 GREZZO	50.51	43.78	68.95	54.30

* Valori aggiustati per genere, età e patologie concomitanti.

1.3 La valutazione partecipata degli interventi attraverso l'esperienza del paziente

Nel presupposto che la qualità dei servizi sanitari si valuti non soltanto attraverso l'efficacia clinica delle cure e la relativa efficienza economica, ma anche con la capacità del sistema di porre attenzione a tutte le componenti che caratterizzano l'esperienza del paziente nel suo percorso interno al Servizio Sanitario regionale, appare evidente che l'esperienza della persona assistita possa costituire una fonte di informazioni aggiuntive di grande valore per la valutazione degli interventi di riordino territoriale e di riorganizzazione dei processi di presa in carico qui programmati. I cittadini e le associazioni portano testimonianze ed esperienze preziose che l'Amministrazione può considerare per costruire, valutare e/o rivedere il disegno delle proprie politiche e sempre più è raccomandato l'utilizzo di "patient evidence", sull'esempio di quanto già avviene nei processi di HTA o nel disegno di trial clinici, per arricchire le basi informative sul funzionamento delle reti assistenziali.

L'intento sarà dunque quello di avviare un percorso di monitoraggio e valutazione partecipata, fornendo evidenza dei risultati legati alla "patient experience" ed ispirati al modello del "patient journey", utilizzando canali di comunicazione offerti dalle Associazioni a complemento di quelli istituzionali, anche in coerenza con quanto indicato nel documento "Principi e indicazioni operative per favorire l'inclusione, l'equità e la partecipazione dei cittadini". Tale percorso non può che avvalersi degli organismi di partecipazione strutturata delle Associazioni di tutela dei pazienti che la Regione Lazio, con l'Atto di indirizzo di cui alla DGR n. 736 del 15 ottobre 2019, ha istituito e reso operativi, con i quali sarà possibile condividere gli ambiti oggetto di monitoraggio e co-progettare gli strumenti di rilevazione quali-quantitativa. Sarà altresì possibile individuare, attraverso la rete delle 85 Associazioni operanti nel territorio regionale che aderiscono al percorso partecipativo regionale e i rispettivi rappresentanti nella Cabina di regia, le "sentinelle civiche" attraverso cui concretamente realizzare tale monitoraggio con cadenza periodica nelle singole Aziende sanitarie, sul modello dell'esperienza pilota condotta per la valutazione partecipata dell'attuazione del Piano Regionale per la malattia diabetica 2016-2018.

Riferimenti Bibliografici

Deliberazione del 26 luglio 2022, n. 643. Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77". Regione Lazio. Atti della Giunta Regionale e degli Assessori.

Decreto del 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. Ministero della Salute.

Chong JL, Matchar DB. Benefits of Population Segmentation Analysis for Developing Health Policy to Promote Patient-Centred Care. *Ann Acad Med Singap.* 2017; 46(7): 287-9.

P.Re.Val.E. Edizione 2022. Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari: <https://www.dep.lazio.it/prevale2022/>.

Goodman-Bacon A. Difference-in-differences with variation in treatment timing. *Journal of Econometrics.* 2021; 225(2): 254-277.

2 Identificazione di un modello per la definizione dei profili epidemiologici e dei bisogni dei bacini di utenza delle Case di Comunità

2.1 I bacini di utenza delle Case di Comunità: la suddivisione del territorio in Zone Sub-Distrettuali

La diffusione capillare delle Case di Comunità (CdC) sul territorio di competenza delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) impone un'attenta riflessione rispetto alle zone e alla popolazione di riferimento di ciascuna struttura. In considerazione del modello di assistenza territoriale definito dal Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022 (DM 77) [1] e dalle Linee guida regionali approvate con Deliberazione n. 643 del 26 luglio 2022 (DGR 643) [2], si rende necessario rivedere il perimetro del distretto socio-sanitario, ripartendolo in bacini di utenza sub-distrettuali dove stimare e analizzare i bisogni di salute della popolazione target, valutare l'offerta di salute attuale e ridisegnare l'offerta futura. A ciascun bacino di utenza possono afferire una o più CdC. Questo processo, in cui le decisioni sono strettamente orientate dalla conoscenza locale dei bisogni assistenziali, assume particolare rilevanza nei territori in cui insistono realtà molto differenti in termini di stato di salute della popolazione, tasso di natalità, quota di popolazione straniera e altre caratteristiche socio-demografiche ed epidemiologiche riconducibili a differenti livelli di complessità clinica e socio-economica, cui corrispondono differenti modalità di presa in carico.

In linea generale, per le ASL collocate nel Comune di Roma, i bacini di utenza sub-distrettuali possono essere identificati attraverso l'aggregazione per prossimità di Zone urbanistiche² o di ripartizioni minime territoriali ancora più rispondenti alle necessità della programmazione locale, lavorando su aree geografiche specifiche, direttamente identificate dai distretti. Per quel che riguarda le ASL collocate fuori dal Comune di Roma, le unità di aggregazione possono essere costituite dai singoli comuni. È importante sottolineare che, nei processi di aggregazione per prossimità delle ripartizioni territoriali, siano esse Zone urbanistiche o singoli comuni, è necessaria una profonda conoscenza del territorio di riferimento e assumono importanza cruciale gli aspetti legati alla logistica ed alla mobilità sul territorio degli utenti, in termini di disponibilità di mezzi pubblici e reti viarie efficaci (in specifici contesti, appare utile la ricostruzione dei percorsi di accesso "anche a piedi" fatti dai pazienti per raggiungere le sedi erogative).

Di seguito saranno presentate tre esperienze aziendali che mettono in luce la criticità di intercettare bisogni differenti ed evidenziano come cambia la vocazione della CdC a seconda del perimetro (Comune di Roma, Provincia di Roma, ASL collocate fuori dalla Provincia di Roma) e dei bisogni considerati.

L'esperienza della ASL Roma 1: dalle Zone urbanistiche alle MesoAree

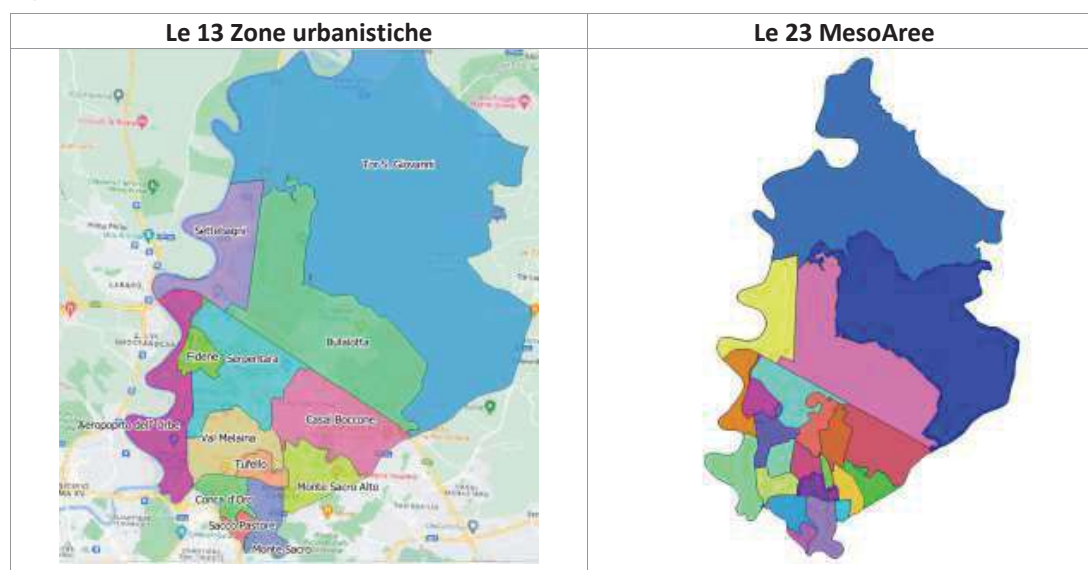
Definito il nuovo modello organizzativo aziendale [3], sono state messe in atto diverse azioni per la definizione dei profili epidemiologici e dei bisogni assistenziali dei bacini di utenza delle Case di Comunità. Tra queste, si riporta l'esperienza maturata nel Distretto 3 nell'ambito delle attività della Centrale Operativa Distrettuale.

Per rappresentare e fare emergere i bisogni delle comunità, organizzare i servizi e programmare in maniera appropriata l'erogazione delle prestazioni, si è reso necessario individuare una suddivisione

² Le Zone urbanistiche di Roma costituiscono una suddivisione dei Municipi di Roma Capitale. Sono state istituite nel 1977 a fini statistici e di gestione del territorio, secondo criteri di omogeneità dal punto di vista urbanistico. I confini sono stati individuati lungo le soluzioni di continuità del tessuto urbano.

del Distretto per “zone” omogenee. Il territorio del Distretto 3 (equivalente al Municipio III per estensione) è estremamente popoloso, ampio e disomogeneo. Con l’obiettivo di individuare aree il più omogenee possibili, la Centrale ha iniziato a lavorare dalle risorse già note e disponibili: le 13 Zone urbanistiche di cui si compone il distretto. Successivamente sono stati messi in atto diversi “correttivi”. In prima istanza, sono state analizzate le dimensioni delle Zone urbanistiche distrettuali. Nel caso di Zone particolarmente ampie, queste sono state suddivise in aree più piccole, aggregando le Sezioni di Censimento, le unità amministrative più piccole di cui si può disporre, e tenendo conto delle principali vie di comunicazione. Successivamente, al fine di suddividere ulteriormente le Zone urbanistiche secondo criteri di omogeneità, sono state utilizzate le zone “OMI” (Osservatorio del Mercato Immobiliare, Agenzia delle Entrate), aree territoriali omogenee dal punto di vista delle quotazioni immobiliari e delle locazioni. Infatti, all’interno di una medesima Zona urbanistica, è possibile identificare alcune zone OMI distinte, dove il prezzo degli immobili è differente e, verosimilmente, le caratteristiche socio-economiche si distinguono dalla restante Zona urbanistica [4].

L’identificazione critica di zone OMI all’interno delle Zone urbanistiche ha consentito di identificare le MesoAree (aree territoriali di dimensione “intermedia”, tra la Zona urbanistica e la Sezione di Censimento). In particolare, si è passati dalle 13 Zone urbanistiche del distretto a 23 MesoAree (Figura 1).

Figura 1. Il territorio del Distretto 3: dalle 13 Zone urbanistiche alle 23 MesoAree

Questa nuova tassonomia, condivisa col Dipartimento di Epidemiologia attraverso Sistemi informativi geografici (*Geographic Information Systems* - GIS), è tuttora in fase di sperimentazione e rappresenta un punto di partenza per numerosi sviluppi futuri, come definire i bacini di utenza delle Case di Comunità, identificare microaree particolarmente critiche in termini di vulnerabilità socio-economica o descrivere, con un livello di dettaglio ottimale all'interno del distretto, lo stato di salute e i bisogni assistenziali delle popolazioni di riferimento.

L'esperienza della ASL Roma 4: dall'analisi del profilo epidemiologico e dei bisogni assistenziali alla "ristrutturazione" dei servizi da offrire all'utenza

Nel Distretto 4 dell'Azienda sono state identificate cinque Zone Sub-Distrettuali attraverso l'aggregazione per prossimità di singoli comuni. Con l'obiettivo di identificare un percorso strutturato, orientato alla definizione dei servizi specifici da includere nelle Case di Comunità, è stata individuata la CdC di Fiano Romano per sperimentare un "modello" replicabile nelle altre strutture aziendali. La struttura non aveva bisogno di interventi infrastrutturali poiché era stata recentemente adibita a poliambulatorio. Le fasi del modello possono essere raggruppate in tre momenti fondamentali: (1) le attività di *assessment* preliminare; (2) la riprogettazione dei servizi; (3) il monitoraggio dei risultati. Tra le attività di *assessment*, si è rivelata molto utile l'analisi del profilo epidemiologico della popolazione che afferisce al bacino di utenza della CdC di Fiano, costituito da tutti i comuni evidenziati in giallo (Figura 2-A).

L'analisi del profilo epidemiologico, prodotta dal Dipartimento di Epidemiologia, segue le Linee guida regionali sull'assistenza territoriale [2]. I bisogni assistenziali vengono stimati stratificando la popolazione in una logica di *Population Health management by district* [5], quantificando la popolazione cronica, multicronica, con elevata complessità clinica o con fattori di vulnerabilità socio-economica, fino alla stima dei fattori di rischio nella popolazione sana. In figura 2-B viene riportato un esempio di stratificazione della popolazione "target" che afferisce al bacino di utenza della CdC di Fiano.

Figura 2. Bacini di utenza e stima dei bisogni assistenziali

La stima del bisogno di salute è stata seguita da altre attività previste dal modello, come l'analisi dell'offerta attuale di prestazioni sanitarie nel bacino di utenza, lo studio della distribuzione e dell'occupazione degli spazi nella CdC e la creazione di uno specifico gruppo di lavoro coordinato dal Direttore generale della ASL, che comprende il Direttore del distretto, del Dipartimento di prevenzione, del Dipartimento delle professioni sanitarie, la UOC Disabilità, il Responsabile interdisciplinare della specialistica ambulatoriale, i rappresentanti dei Medici di medicina generale, i Sindaci e gli Assessori al Welfare. Queste attività hanno consentito di ridefinire l'offerta di specialistica ambulatoriale, di servizi sociosanitari e di inserire attività di prevenzione vicine ai bisogni dell'utenza.

L'esperienza della ASL di Rieti: la mobilità passiva di confine

La ASL di Rieti presenta una popolazione residente pari a 150,689 abitanti, distribuiti in 73 comuni. Complessivamente, nel territorio della ASL saranno attivate 7 CdC. Nelle tabelle che seguono viene riportato il numero dei comuni reatini che "afferiscono" a ciascuna CdC con la relativa popolazione *target*. Considerando l'estrema irregolarità del territorio caratteristico della provincia di Rieti, i comuni sono stati attribuiti alle CdC applicando criteri basati sul tempo minimo di percorrenza. Sul totale dei 73 comuni reatini, 56 sono stati attribuiti a CdC collocate all'interno della provincia di Rieti (Tabella 1-A) mentre 17 sono stati attribuiti a CdC collocate fuori dalla provincia e, in alcuni casi, fuori dalla regione Lazio (Tabella 1-B). In termini di popolazione residente, circa il 19% della popolazione (28,393 abitanti) potrebbe «preferire» una CdC collocata fuori dalla ASL di Rieti. Tuttavia, il «vantaggio» medio in termini di tempo di percorrenza è piuttosto ridotto e non supera i 10 minuti.

Tabella 1. *Afferenza dei comuni reatini alle CdC della provincia ed extra-provincia*

A. Afferenza dei comuni reatini alle CdC della provincia			B. Afferenza dei comuni reatini alle CdC extra-provincia		
Casa di Comunità	N° Comuni afferenti	Popolazione afferente	Casa di Comunità	N° Comuni afferenti	Popolazione afferente
Rieti	8	58.692	Torrita Tiberina (Lazio)	8	16.996
Osteria Nuova	14	30.074	Sant'Oreste (Lazio)	2	5.268
Contigliano	10	9.626	Montereale (Abruzzo)	1	2.309
Sant'Elpidio	4	8.367	Cascia (Umbria)	1	2.138
Magliano Sabina	5	7.429	Terni (Umbria)	1	583
Antrodoto	7	5.247	Norcia (Umbria)	1	551
Castel di Tora	8	2.861	Carsoli (Abruzzo)	3	548
Totali	56	122.296	Totali	17	28.393

Seppur in un contesto differente, questo tema è stato analizzato anche in relazione alla mobilità passiva frequentemente osservata tra il Distretto 4 della ASL Roma 4 verso l'A.O. S. Andrea. Le prestazioni che dovrebbero essere erogate dalle CdC vengono erogate da strutture ospedaliere per acuti, che possono essere collocate anche fuori dai confini aziendali (e.g. prestazioni specialistiche). Oltre ad alcuni elementi fisiologici di mobilità intraregionale (e.g. motivi di lavoro), questo fenomeno talvolta è attribuibile alla scarsa efficienza delle reti viarie o all'assenza di un adeguato servizio di trasporto pubblico. Sono oggetto di valutazione diverse azioni di contrasto. Tra queste, un **modello di CdC «diffusa»**, già implementato dalla ASL Roma 4 e dalla stessa ASL di Rieti, che prevede l'attivazione di Equipe itineranti che forniscono assistenza di base³ in presidi dedicati, situati nei comuni che presentano le maggiori difficoltà logistiche legate alla mobilità viaria.

Tuttavia, non tutta la mobilità passiva è recuperabile. Attraverso la creazione di sinergie, nello specifico con le CdC delle province laziali limitrofe, sarà possibile erogare per la popolazione della regione Lazio una molteplicità di servizi, eventualmente complementari tra le diverse strutture, in modo tale da garantire un'esauritiva copertura assistenziale su tutto il territorio regionale.

Nelle fasi di valutazione, saranno calcolati specifici «**indicatori di flusso**» per misurare e monitorare nel tempo questo fenomeno, al fine di favorire la corretta presa in carico in un contesto di prossimità.

Altre esperienze aziendali

Sono stati forniti contributi rilevanti anche dalle altre ASL della regione. La ASL Roma 3, che per i tre distretti collocati all'interno del Comune di Roma definisce i bacini di utenza attraverso l'aggregazione di Zone urbanistiche, ha sviluppato uno studio molto dettagliato sulle specificità del Distretto "Comune di Fiumicino", che prevede altre logiche di ripartizione, con particolare riferimento all'analisi delle caratteristiche socio-demografiche della popolazione residente, ai flussi migratori e ai processi di stabilizzazione degli stranieri. L'esperienza della ASL Roma 5 si è rivelata molto utile per delineare in maniera più nitida l'impatto della mobilità passiva di confine sulla corretta presa in carico degli assistiti. Con la ASL di Latina, nella quale si è ritenuto opportuno confermare il livello di aggregazione comunale, sono state discusse le potenzialità dei bacini di utenza cui afferiscono due o più CdC. Ricca di spunti è l'esperienza della ASL di Viterbo in cui la rete territoriale prevede, in risposta alla peculiarità orografica del territorio, l'identificazione di 11 "ambiti geografici di prossimità", collocati in altrettanti comuni capofila. La dimensione degli ambiti geografici identificati consente di individuare le sedi naturali delle CdC, considerando le specifiche situazioni logistiche, le infrastrutture esistenti da valorizzare, ristrutturare o riorientare con altre vocazioni e servizi.

³ Le Equipe itineranti garantiscono le prestazioni tipiche di un ambulatorio infermieristico, quali: prelievi, misurazione di parametri, esami diagnostici di base, medicazioni, screening, vaccinazioni, scelta e revoca del medico e altre operazioni di routine.

Benchlearning e formazione

Le esperienze presentate, unitamente alle specificità organizzative e alle criticità - spesso ricorrenti - emerse dal confronto con tutte le altre aziende della regione, saranno valorizzate seguendo una logica di *benchlearning*, al fine di condividere le metodologie di lavoro più efficaci, adattando gli interventi alle specifiche realtà aziendali. Rispetto a questo tema, sarebbe utile organizzare specifici corsi di formazione per condividere strumenti e metodologie per la programmazione e la valutazione dell'assistenza territoriale, con particolare riferimento all'identificazione dei bacini di utenza a livello sub-distrettuale, alla descrizione e all'analisi del profilo epidemiologico delle popolazioni *target* e alle valutazioni di esito, a partire dagli indicatori di qualità già proposti nella DGR 643.

2.2 Profilo epidemiologico e stima dei bisogni assistenziali

Una volta definiti i bacini di utenza delle CdC, è necessario stimare e analizzare i bisogni assistenziali delle rispettive popolazioni *target*, al fine di programmare l'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari in relazione ai reali bisogni della comunità.

Alcune delle caratteristiche principali del “modello Lazio” per la definizione dei profili epidemiologici e dei bisogni socio-assistenziali sono già descritte nella DGR 643, con particolare riferimento alla complessità clinica dei pazienti cronici e alla vulnerabilità socio-economica. Seguono alcuni nuovi elementi per la caratterizzazione della popolazione e la stima dei bisogni assistenziali sviluppati grazie alle numerose sperimentazioni in corso con le ASL della regione.

Prevenzione e promozione della salute

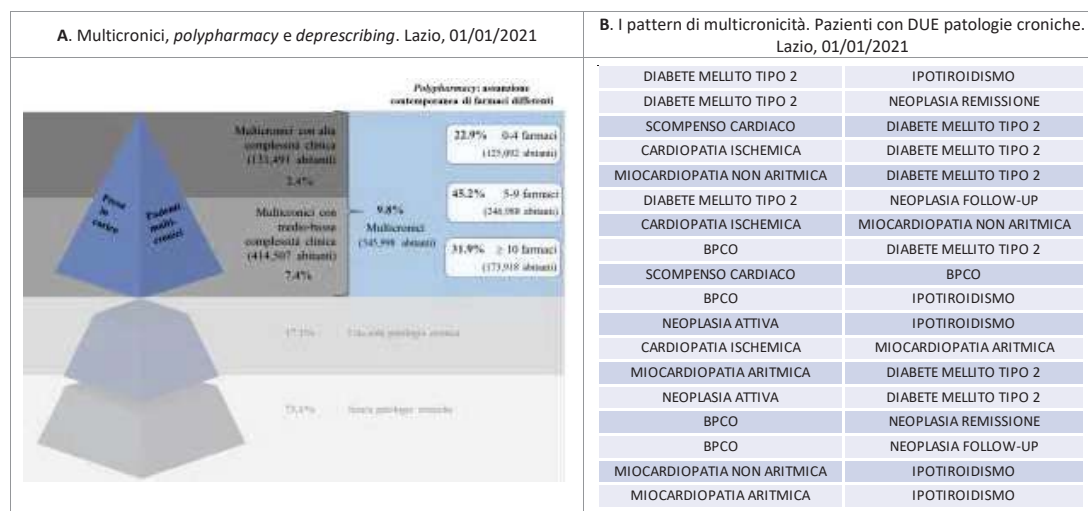
Un sistema di stratificazione della popolazione, se improntato ai principi del *Population Health Management*, dovrebbe essere in grado di differenziare anche la popolazione sana, misurando e monitorando nel tempo la presenza di fattori di rischio, sia individuali che “contestuali”, su cui agire con interventi di promozione della salute. Il modello proposto prevede la stima di tre tipologie di fattori di **rischio individuale**: comportamentali (abitudine al fumo, consumo di alcool, sedentarietà ed eccesso ponderale), clinici (ipertensione ed ipercolesterolemia) e socio-economici. Tra questi, la misura del rischio socio-economico, stimato attraverso l'indice di deprivazione [6] può essere di grande utilità per quantificare le fasce di popolazione «*hard to reach*», che presentano un ridotto accesso ai servizi sanitari e una probabile sotto-diagnosi delle patologie. Questi soggetti, deprivati sotto il punto di vista sociale e materiale, potrebbero essere caratterizzati da un bisogno di salute che i servizi sanitari intercettano con difficoltà e sottolineano il ruolo determinante della Sanità di iniziativa. Con riferimento al **rischio contestuale**, è sempre più alta l'attenzione sugli elevati livelli di inquinamento atmosferico da PM₁₀. È infatti dimostrato [7] che possono influire negativamente sulla funzione polmonare, sull'insorgenza dell'asma, sulle riacutizzazioni della broncopneumopatia cronica ostruttiva ma anche su alcune patologie cardiovascolari e oncologiche.

I percorsi assistenziali integrati nei pazienti multicronici

La popolazione multicronica rappresenta una sfida cruciale per il futuro dei Servizi sanitari, in termini di programmazione, implementazione e gestione di percorsi assistenziali dedicati. La multicronicità segna il passaggio dal *disease management* al *case management*, portando al centro del dibattito la necessità di definire percorsi assistenziali per quanto possibile “personalizzati sul paziente”, volti ad evitare la frammentarietà delle cure ed il mancato coordinamento tra gli erogatori. Questo tema è strettamente correlato ai rischi derivanti dalla *polypharmacy*, che

costituisce una delle più evidenti “conseguenze” della mancata integrazione assistenziale [8]. Infatti, quando il paziente viene “de-strutturato” nelle singole patologie da cui è affetto, aumenta il rischio che venga esposto ad un numero eccessivo di trattamenti farmacologici (Figura 3-A). Questo fenomeno, da un lato, riduce l’aderenza ai trattamenti e, dall’altro, può generare interazioni nocive tra i diversi farmaci. In questi casi, l’assistenza multiprofessionale e multidisciplinare che caratterizza le CdC può assumere un ruolo molto rilevante nelle azioni di *deprescribing*, riconciliazione e semplificazione terapeutica.

Figura 3. Polypharmacy e pattern di multicronicità



Un ulteriore contributo alla stima dei bisogni assistenziali è costituito dall’analisi dei pattern di multicronicità. Nella figura 3-B sono riportate le “combinazioni di patologie” più frequenti nei pazienti affetti da due condizioni croniche. La stessa analisi può essere ripetuta su pazienti con tre o più condizioni. Come si evince dai pattern osservati, alcune “figure professionali” sono ricorrenti, come il diabetologo, il cardiologo, lo pneumologo e l’endocrinologo. Ai fini di una corretta programmazione dell’offerta assistenziale, che tenga conto dei reali bisogni delle popolazioni target nei bacini di utenza delle CdC, l’analisi dei pattern di multicronicità può essere molto utile per definire le branche della specialistica ambulatoriale che dovrebbero essere maggiormente rappresentate nei team multiprofessionali e multidisciplinari orientati alla gestione integrata del paziente complesso.

Riferimenti bibliografici

Decreto del 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. Ministero della Salute.

Deliberazione del 26 luglio 2022, n. 643. Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77". Regione Lazio. Atti della Giunta Regionale e degli Assessori.

Deliberazione del Direttore Generale n. 15 del 12/01/2023 avente oggetto: Istituzione delle Centrali Operative ASL Roma 1 in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 - Approvazione del "Documento tecnico esplicativo Centrali Operative ASL Roma 1".

Cesaroni G, Venturini G, Paglione L, et al. Differenziali di mortalità a Roma: il ruolo dell'istruzione e dei prezzi immobiliari del quartiere di residenza. *Epidemiol Prev.* 2020; 44(5-6 Suppl. 1): 31-37.

OASI Report 2015. Population health management e PDTA: "prove tecniche di implementazione" (a cura di Verdiana Morando, Valeria D. Tozzi). Centre for Research on Health and Social Care Management (CERGAS), EGEA, Milano, 2016.

Rosano A, Pacelli B, Zengarini N, et al. Aggiornamento e revisione dell'indice di deprivazione italiano 2011 a livello di sezione di censimento [Update and review of the 2011 Italian deprivation index calculated at the census section level]. *Epidemiol Prev.* 2020; 44(2-3): 162-170.

Thompson JE. Airborne Particulate Matter: Human Exposure and Health Effects. *J Occup Environ Med.* 2018; 60(5): 392-423.

Onder G, Bonassi S, Abbatecola AM, et al. High prevalence of poor-quality drug prescribing in older individuals: a nationwide report from the Italia

3 Il Ruolo del Direttore di Distretto

3.1 La missione di “comunità” del Distretto Socio Sanitario (DSS)

Il quadro normativo nazionale e regionale a cui si rifà il presente documento è: a) il DM n.77/22 “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”; b) la DGR Lazio n. 643 del 26.07.2022 “Approvazione del documento “Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale in applicazione del PNRR”; c) la Determinazione n. G18206 del 20.12.2022 “Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643” ed Approvazione del documento “Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal PNRR e dal DM 23 maggio 2022, n.77”, quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell’art.1 c2 del citato provvedimento, che prevede “l’istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), nonché attraverso lo sviluppo in ambito regionale di forme organizzative multiprofessionali, denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), in cui andranno a confluire le singole AFT, a superamento degli attuali modelli organizzativi della regione Lazio (UCP e UCCP).”

Il Documento approvato con la suindicata Determinazione n. G18206 del 20/12/2022 richiama, altresì, il concetto di Sanità di Iniziativa che sarà messo in atto principalmente “dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta e dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), con il coordinamento del Distretto sanitario e sociosanitario attraverso i propri operatori (Infermieri di Famiglia e Comunità IFoC, Ass. sociali, altri operatori e volontari); le persone considerate a maggior rischio sono intercettate tempestivamente e inserite (previo consenso informato) in un percorso di salute che prevede la possibilità di coinvolgere proattivamente la persona al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l’evoluzione delle malattie croniche, migliorare l’adesione alla terapia prescritta, prevenire le complicanze e ridurre o gestire il carico assistenziale, prevenire le disabilità e la perdita dell’indipendenza per il singolo e per il caregiver, attivare il supporto sociale.

Questo profondo ripensamento dell’assistenza sanitaria territoriale, introdotto dalle indicazioni sopra menzionate, non può prescindere da una revisione altrettanto profonda dei modelli organizzativi del territorio in generale ed in particolare del Distretto Socio Sanitario (DSS) chiamato a intermediare il rapporto tra la nuova filiera dei servizi (arricchita dalle Case della Comunità, Ospedali di Comunità, ecc.) e la domanda di tutela della salute di popolazioni territorialmente definite come quelle incluse nel “perimetro” del DSS. Seguendo il principio dell’equità e dell’accessibilità ai servizi, l’assetto organizzativo del DSS rappresenta il punto di equilibrio uniforme tra funzioni “essenziali” condivise su scala regionale ed il rispetto di “esigenze locali”, ma che comunque veda funzioni analoghe per realtà aziendali sovrapponibili rispetto alle attese della popolazione target (ad esempio distinguendo realtà urbane e provinciali).

Avendo un proprio territorio di riferimento e una comunità di soggetti che esprime attese specifiche rispetto alla tutela della salute dei singoli e dei nuclei sociali, il DSS è chiamato ad interpretare una missione di comunità: a) intercettando i bisogni di salute attraverso gli strumenti di analisi della domanda delle popolazioni di riferimento offerti dal DEP; b) facilitando i percorsi di presa in carico intermediando l’equilibrio tra domanda ed offerta di servizi (erogati direttamente e da soggetti terzi); c) valutando la qualità dei percorsi di presa in carico a partire dalla lettura dei servizi erogati per specifici target di popolazione; d) monitoraggio del conseguimento degli esiti di salute così come nel modello di valutazione degli esiti proposto in apertura del documento.

Le " linee di attività " di diretta competenza distrettuale, considerato il nuovo modello di sviluppo dell'assistenza territoriale identificate nel DM77 e recepite dalla normativa regionale, possono essere riassunte nel modo seguente:

- Attività di Committenza (analisi stato di salute e bisogni, analisi dell'offerta esterna e interna, programmazione sanitaria e socio-sanitaria, gestione dei rapporti con erogatori interni ed esterni, gestione dei rapporti con i portatori di interesse);
- Integrazione Socio-sanitaria (tra Distretto sanitario, Distretto socio-sanitario e Terzo settore Legge n.11/2016);
- Gestione diretta dell'offerta assistenziale (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, Percorsi di continuità Territoriali ed Ospedale-Territorio, Attività specialistica ambulatoriale e domiciliare);
- Gestione delle Strutture di Prossimità (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali);
- Gestione delle transizioni (dal domicilio alle diverse forme di residenzialità e viceversa);
- Gestione diretta delle condizioni di "Cronicità, Complessità, Fragilità" (Assistenza domiciliare, Disabilità in età adulta, RSA/Hospice, Cure palliative) anche in integrazione con il Dipartimento della Salute Mentale e con le UOC Dipendenze;
- Assistenza Primaria con particolare attenzione ai nuovi modelli organizzativi AFT, UCCP, Continuità assistenziale, Ambulatori di Continuità Assistenziale, oltre alla pianificazione dell'attività delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA);
- Attività di prevenzione e promozione della salute in stretta sinergia e collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione;
- Attività consultoriali di tutela della salute materno-infantile e familiare.

3.2 Il DSS e la Sanità d'iniziativa

La Determinazione n. G18206 del 20/12/2022 prevede "l'istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), quali forme organizzative mono professionali, nonché lo sviluppo in ambito regionale di forme organizzative multi professionali, denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), in cui andranno a confluire le singole AFT, quale superamento degli attuali modelli organizzativi della regione Lazio (UCP e UCPP)." Il Documento richiama, altresì, il concetto di Sanità di Iniziativa che sarà messo in atto principalmente "dalle AFT dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dalle UCCP grazie al coordinamento del DSS attraverso i propri operatori (IFoC, Ass. sociali, altri operatori e volontari); le persone considerate a maggior rischio sono intercettate tempestivamente e inserite (previo consenso informato) in un percorso di salute che prevede la possibilità di coinvolgere proattivamente la persona al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche, migliorare l'adesione alla terapia prescritta, prevenire le complicanze e ridurre o gestire il carico assistenziale, prevenire le disabilità e la perdita dell'indipendenza per il singolo e per il caregiver, attivare il supporto sociale. Allo scopo il DSS diviene forza trasversale in grado di coordinare tutti i setting assistenziali, tutte le strutture, i professionisti e i livelli di cura, attraverso strumenti quali i piani di prevenzione, i PDTA, i Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) e i Progetti Riabilitativi Individuali (PRI)." Affinché gli interventi di promozione della salute e prevenzione, previsti dal modello della Sanità di Iniziativa, trovino omogenea ed efficace attuazione nel territorio del DSS, e in particolare nel contesto delle CdC e degli interventi domiciliari, in maniera coerente e coordinata con la programmazione del PRP/PAP e le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione, è necessario prevedere la definizione di una "Équipe della Prevenzione" (EdP) che afferisce al DSS. Il coordinamento delle EdP operanti nella ASL è affidato a un dirigente del ruolo sanitario del Dipartimento di Prevenzione che opera di concerto con il direttore del DSS. L'EdP è una unità

multiprofessionale funzionale che opera in stretta collaborazione con MMG/PLS - nelle forme organizzative dell'AFT e delle UCCP - e con gli altri professionisti "dell'équipe multiprofessionale territoriale delle CdC, come richiamato dal Documento applicativo della DGR n. 643/2022, approvato con Determinazione n. G18206 del 20/12/2022.

L'EdP ha quindi come target di riferimento: a. i pazienti sani e/o con bisogni occasionali e pazienti cronici anche con comorbidità in condizione di stabilità che necessitano di servizi ambulatoriali, inseriti o meno in P-PDTA o domiciliari; b. la comunità attraverso le iniziative di salute pubblica e di community engagement per la promozione della salute e coproduzione.

Standard organizzativi dell'Equipe della Prevenzione (EdP): standard di personale: almeno 1 medico e 1 infermiere, oltre al coordinatore; l'EdP può essere integrata con altre figure professionali sanitarie nell'ambito delle professionalità della prevenzione disponibili a legislazione vigente (es.: IFoC, nutrizionista, medico dello sport, assistenti sanitari, ostetrica); sede operativa: almeno una EdP in ogni DSS.

È necessario favorire la definizione/adattamento degli strumenti informativo-informatici a supporto dell'équipe della Prevenzione, anche nell'ambito della telemedicina.

3.3 L'organizzazione e la gestione del DSS di comunità

La revisione dei modelli di funzionamento del DSS, nella prospettiva degli interventi di comunità, si rende necessaria anche tenendo conto della grandezza, in termini dimensionali e di numerosità di residenti, delle caratteristiche organizzative e di "missione" delle aziende sanitarie della Regione Lazio, della necessità di declinare appropriatamente il concetto di prossimità (anche con il supporto fondamentale della digitalizzazione e della telemedicina) e della complessità gestionale di modelli a matrice che vanno ricondotti all'interno di un governo unitario del DSS (per assicurare concretamente prossimità, pro-attività, integrazione socio-sanitaria e valorizzazione del ruolo delle Comunità residenti per avviare consapevoli iniziative ed attività di prevenzione, presa in carico della complessità/fragilità, mantenimento e sviluppo della salute).

Il DSS, quindi, necessita di strumenti operativi propri di gestione per una compiuta attività di committenza e di produzione, semplificando i processi decisionali in modo tale da ridurre la distanza tra la direzione strategica dell'azienda e l'articolazione di governo del territorio, superando l'attuale frammentazione degli attori coinvolti.

Gli strumenti operativi di *governance* delle attività di competenza diretta sono:

- Accordi di Programma tra amministrazioni pubbliche, attori privati e del Terzo settore (Enti Locali, Terzo settore, Erogatori interni ed esterni). Ad essi vanno associate le correlate valutazioni sulla qualità e modalità di erogazione da parte di tutti gli erogatori attraverso un sistema che ciascun DSS condivide su scala aziendale;
- Piani di Zona/Piani delle Attività Territoriali;
- Piani per la formazione;
- Attività di valutazione (Indicatori di processo e di esito);
- Strumenti per valutazione e presa in carico (UVMD, PAI, PRI, PTRP, Budget di salute);
- Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali;
- Valutazione attività Professionale (Budgeting).

3.4 Le funzioni manageriali emergenti del DSS di Comunità

L'arricchimento della filiera dei servizi, la necessità di orientare i processi erogativi verso fabbisogni specifici espressi dalle popolazioni di ciascuna comunità, la molteplicità dei modelli di servizio

potenzialmente erogabili (dall'erogazione in presenza, a quella da remoto o attraverso App e soluzioni tecnologiche specifiche), la crescente necessità di integrare soggetti e competenze nella rete delle cure alimentano il fabbisogno di nuove funzioni manageriali che coinvolgono direttamente il sistema degli attori, delle competenze e gli strumenti del DSS di comunità:

-Population health management attraverso l'analisi del quadro epidemiologico del territorio di riferimento che il DEP definisce periodicamente anche attraverso specifiche forme di stratificazione delle popolazioni target. Ricostruire la "fotografia" delle popolazioni di riferimento inquadrando il fabbisogno di tutela di salute in una lettura ampia del contesto di riferimento della persona e della globalità dei suoi bisogni rappresenta la base per la progettazione di percorsi di cura equi ed appropriati.

-La gestione operativa territoriale quale sistema di competenze e strumenti specifici per integrare i processi di prenotazione, messa in lista di attesa, programmazione delle attività, re call, gestione dei drop out, erogazione delle prestazioni che compongono il percorso di diagnosi e cura (spesso definiti da specifici PDTA) allo scopo di fornire all'utente modelli concreti di presa in carico in cui il DSS supporta e facilita le condizioni di accesso ai servizi e la gestione delle interfacce.

-La gestione del cambiamento attraverso competenze e approcci di project management che consentano di implementare le innovazioni organizzative previste dalla DGR 643 e di integrarle all'interno dei percorsi di presa in carico. In questa direzione si collocano anche le innovazioni tecnologiche che consentiranno di associare alle forme di erogazione in presenza anche quelle da remoto. Costruire la "messa a terra" delle innovazioni organizzative rappresenta una finzione che il DSS può agire grazie alla prossimità e alla relazione con i soggetti del proprio territorio.

All'interno di questa funzione si colloca anche la valorizzazione delle iniziative di Sanità d'Iniziativa intorno alla quale si focalizzano molte delle iniziative di innovazione territoriale.

-Community building grazie alla valorizzazione dei contributi che i soggetti istituzionali e le reti sociali presenti nei territori possono offrire. Integrare gli sforzi che le comunità riescono ad esprimere rappresenta una prospettiva evolutiva dei modelli di gestione dei servizi di tutela della salute.

3.5 Il Direttore del DSS e il team di direzione del DSS

La risposta ai fabbisogni manageriali emergenti del DSS riguarda in prima battuta il Direttore del DSS e il team di professionisti che all'interno della macro articolazione opera in quanto staff, tecnostrutture o responsabilità organizzative. Le funzioni manageriali descritte sono esercitabili attraverso il contributo di più professionisti che integrano competenze trasversali in alcuni casi già presenti nelle realtà distrettuali e in altri da formare ad hoc. Si tratta di funzioni in larga parte innovative rispetto alla gestione dei servizi territoriali che beneficeranno delle esperienze in nuce che già in alcune realtà esistono.

In capo al direttore del DSS vi è la prerogativa di identificare e armonizzare competenze tra loro molto eterogenee che possano esprimere quelle funzioni manageriali descritte. Tra le principali aree di competenza, vi sono le seguenti:

- Epidemiologia di Comunità ed Epidemiologia Valutativa per la lettura e mappatura della realtà territoriale, in termini di bisogni socio-sanitari;
- Programmazione di risposte coordinate ed integrate definendo priorità e compatibilità in una logica di committenza coerente con le strategie regionali ed aziendali;
- Sistemi partecipati di monitoraggio e valutazione dei risultati raggiunti;
- Governo dei processi integrati orientati all'equità e trasparenza;

- Capacità di ascolto e di relazione/integrazione con attori “esterni” (Enti Locali, Terzo settore, Volontariato, Associazionismo) e “interni” (Dipartimenti, Servizi e U.O.C. non direttamente afferenti);
- Coinvolgimento, partecipazione attiva ed inclusione della Medicina Generale e dei professionisti convenzionati (PLS, Specialisti);
- Ricomposizione della dimensione sociale e sanitaria della salute;
- Sviluppo di politiche per la salute (scuola, ambienti di vita e di lavoro, promozione di stili di vita protettivi, Urban Health, ecc.);
- Progettazione di equipe per un approccio globale alla salute e contestualizzazione dell’offerta attraverso la creazione di Reti territoriali e ospedale-territorio, perseguendo l’integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello che superino le attuali frammentazioni dei Servizi sanitari e socio-sanitari;
- Competenze organizzative, di coordinamento e di negoziazione verso produttori interni ed esterni all’azienda per assicurare un’appropriata funzione di committenza;
- Programmazione di Piani formativi e di audit clinici e organizzativi sia monoprofessionali che multiprofessionali e multidimensionali;
- Sviluppo di Progetti di ricerca concordati e coerenti con la programmazione regionale e aziendale nell’ambito degli obiettivi del PNRR.

Applicazione PNRR/DM77 - CASE DELLA COMUNITÀ (CdC)

INDICATORE	NUMERATORE / DENOMINATORE	ATTORI	31 DIC. 2021	30 GIU. 2022	31 DIC. 2023	31 DIC. 2024	31 DIC. 2025	30 GIU. 2026
1. ATTIVAZIONE CASE DELLA COMUNITÀ (CDC)	Numero di Case della Comunità attive / su n. case della comunità da attivare*	ASL/Direzioni di Distretto	Analisi strutture da convertire ed individuazione nuove strutture	Approvazione Contratto	-	30% del n. CdC previsto	50% del n. CdC previsto	100% del n. CdC previsto
2. ATTIVAZIONE MODULO SERVIZI SOCIALI ALLA PERSONA E ALLA FAMIGLIA(PUA)	n. CdC con Modulo servizi sociali / n.CdC	ASL/Direzioni di Distretto	Accordo tra ASL e Comuni	Protocollo operativo	-	30%	50%	100%
3. ATTIVAZIONE PUNTO PRELIEVI	n.CdC con punto prelievi / n.CdC	ASL/Direzioni di Distretto	Situazione attuale ed organizzazione futura	-	-	30%	100%	-
4. INSERIMENTO CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	N CdC con continuità assistenziale/ n CdC	Direzioni Distretto/MMG	Analisi sedi della Continuità Assistenziale	Protocollo operativo	-	30%	100%	-
5. MODULO SERVIZI DIAGNOSTICI PER LA CRONICITÀ	N CdC con Modulo servizi diagnostici per la cronicità./ CdC	ASL/Direzioni Distretto	Progetto di analisi siti e di investimento tecnologico	-	-	30%	50%	75%
6. INSERIMENTO AFT/UCCP	N CdC con AFT, UCCP / CdC	Direzioni Distretto/MMG	Analisi dell’esistente programmazione futura	Protocollo operativo	-	30%	50%	75%

Applicazione PNRR/DM77 - CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT) OSPEDALI DI COMUNITA' (OdC), INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ (IFeC) E ASSISTENZA DOMICILIARE

INDICATORE	CLASSE INDICATORE	NUMERATORE E DENOMINATORE	FORTE DATI	ATTUALE	TARGET 2022	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025	TARGET 2026	Standard Agenas	TEMPO DI RIFERIMENTO (per Target: gennaio anno riferimento)	FREQUENZA RILEVAZIONE
Attivazione Centrali Operative Territoriali	Struttura	Numero di Centrali Operative Territoriali attive / 1	Direzioni di Distretto	0	6	6	6	6	6	6	Giorno della rilevazione	Annuale
Personale Centrali Operative Territoriali	Struttura	Numero di infermieri/IFeC, coordinatori in servizio presso le Centrali Operative Territoriali / 1	Direzioni di Distretto	0	36	46	57	67	78	78	Giorno della rilevazione	Annuale
Attivazione Posti Letto Ospedali di Comunità	Struttura	Numero di posti letto attivi presso gli Ospedali di Comunità / 1	Direzioni di Distretto	0	80	100	121	142	163 (0,12 PL/1000 ab)	522 (0,4 PL/1000 ab)	Giorno della rilevazione	Annuale
Infermiere di famiglia e di comunità	Struttura	(Numero di Infermieri di famiglia e di comunità in servizio presso ASL X) / 1	Direzioni di Distretto / UOC Gestione del Personale	0	104	208	312	417	522	522 (1/2000 - 3000 ab)	Giorno della rilevazione	Annuale
Presa in carico domiciliare popolazione >65 anni	Processo	(Popolazione >65 anni residente in ASL presa in carico dall'ADI / Popolazione >65 anni residente in ASL X)x100	UOC ADI	2,1%	3,7%	5,3%	6,9%	8,5%	10%	10%	Giorno della rilevazione	Annuale

4 Linee per l'implementazione del modello dell'Assistenza Domiciliare integrato con i servizi della telemedicina

4.1 Il contesto di riferimento dell'Assistenza Domiciliare nel Lazio

Il quadro di riferimento normativo si rifà alla Determinazione n. G07238 del 06/06/2022 della regione Lazio, in merito alla riorganizzazione del modello di servizio dell'ADI integrato dal modello digitale, e alla Deliberazione n.643 del 26/07/2022, relativa all'integrazione dell'ADI con la telemedicina e le COT. La ripartizione delle risorse PNRR (Missione 6 Component 1 Investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare) prevede per la Regione Lazio un incremento progressivo dell'ADI fino al 9,48% entro il 2025 (Figura 1). La Figura 2. mostra l'incremento nel livello di copertura assistenziale della popolazione over 65, che è passato da un valore di 1,87% nel 2018 a un valore di 2,43% nel 2021. I dati preliminari relativi al 2022, riferiti ai primi tre trimestri dell'anno, indicano inoltre un evidente ulteriore miglioramento (2,46%).

Figura 1. Ripartizione delle risorse e popolazione assistita

Anno	Risorse DL 34 (€)	Risorse PNRR (€)	Valore iniziale di riferimento pazienti assistiti	Incremento o pazienti da DL 34	Incremento o pazienti da PNRR	Totale incremento o pazienti	Totale pazienti assistiti per anno	% su pop. target
2022	39.721.218	12.036.381	30.989	20.082	6.085	26.167	57.156	4,48
2023	39.721.218	76.123.363	30.989	20.082	38.486	58.568	89.557	6,92
2024	39.721.218	140.086.149	30.989	20.082	70.824	90.906	121.895	9,32
2025	39.721.218	154.930.010	30.989	20.082	78.329	98.411	129.400	9,48

Figura 2. Livello di copertura assistenziale della popolazione over 65

Anno	Popolazione di riferimento over 65 regione Lazio	N° di prese in carico (PIC) over 65 totali	N pazienti over 65 presi in carico	% dei pazienti over 65 presi in carico	N° di prese in carico (PIC) over 65 con CIA>0,13	N° pazienti presi in carico over 65 con CIA>0,13	% dei pazienti presi in carico over 65 con CIA>0,13
2018	1.275.930	35.154	30.989	2,43	26.901	23.919	1,87
2019	1.276.877	39.096	33.479	2,62	28.541	24.868	1,95
2020	1.276.877	40.506	34.090	2,67	31.547	26.817	2,1
2021	1.293.472	45.125	38.883	3,01	36.199	31.483	2,43
01/01/22 - 30/09/22	1.308.040	61.135	52.658	4,03	36.276	32.160	2,46

Il nuovo modello organizzativo ADI nel Lazio: struttura, processi, risultati

La Missione 6. Salute del PNRR prevede il rafforzamento dell'ADI fino a raggiungere il 10% della popolazione over 65 entro il 2025. Tale obiettivo richiede l'adozione di opportune strategie regionali a supporto ai processi di *change management* aziendali. Il raggiungimento di tale obiettivo è prefigurabile attraverso due azioni di "sistema" nella misura in cui coinvolgono sia le aziende sanitarie che il quadro di indirizzi sviluppato dalla Regione:

- La centralizzazione a livello aziendale del processo di segnalazione, presa in carico e valutazione del servizio stesso. Attualmente i singoli distretti socio sanitari hanno processi e procedure differenti. L'omogeneità dei processi e delle procedure rappresenta la condizione per inquadrare su ampia scala la domanda, gestire in modo migliore le condizioni di accesso e valutare i servizi erogati in modo unitario. Se il processo di segnalazione, attivazione dell'ADI e valutazione necessita di un modello unitario su scala aziendale, il processo di erogazione avviene a livello distrettuale rispetto al quale, a seconda dell'organizzazione dell'ASL, può avvenire in sinergia con le COT

- L'organizzazione di un modello multicanale di erogazione delle cure a domicilio che associ l'erogazione in presenza a quella a distanza. In questa prospettiva, il sistema degli interventi a domicilio potrà rappresentare a regime ampio e calibrato sulle esigenze del singolo e del nucleo di riferimento. In tale prospettiva, il coordinamento degli interventi sulla persona e sul contesto dovrà beneficiare dei processi di integrazione che la Casa della Comunità consente di mettere in campo.

In questa direzione, il presente documento propone le modalità operative e i modelli professionali per l'ADI nella Regione Lazio, di concerto con le trasformazioni digitali dei servizi di telemedicina (*home digital health*) e con le funzioni delle COT. La "casa come primo luogo di cura" significa favorire l'implementazione di soluzioni tese a migliorare la gestione della presa in carico e la programmazione dell'assistenza domiciliare dei pazienti fragili e cronici. Il nuovo modello organizzativo dell'ADI può contribuire al raggiungimento dei seguenti obiettivi di sistema:

- Equità nell'accesso all'assistenza e qualità delle cure erogate, con particolare attenzione a contesti geograficamente svantaggiati;

- Riduzione degli accessi al Pronto Soccorso al fine di evitare ricoveri non adeguati, attraverso l'individuazione precoce nei *setting* territoriale ed ospedaliero dei soggetti eleggibili ad un percorso di cure domiciliari;

- Riduzione delle ospedalizzazioni, sviluppando risposte alternative a domicilio;

- Dimissioni protette dalle strutture di ricovero, assicurando la continuità dell'assistenza al domicilio, attraverso percorsi "rapidi" di presa in carico precoce;

- Presa in carico del paziente, assicurando tramite i servizi di telemedicina il costante monitoraggio di parametri clinici, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni in soggetti a rischio o affetti da patologie croniche;

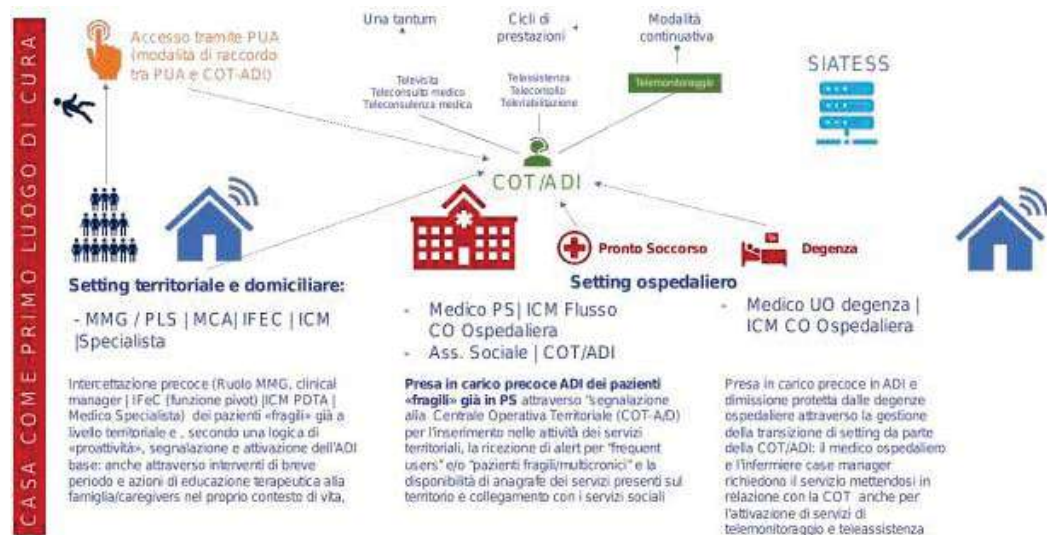
- Miglioramento della qualità di vita percepita del paziente, delle famiglie e dei *caregiver*, attraverso interventi di educazione terapeutica per una più efficace risposta/autogestione dei bisogni assistenziali

4.2 Modalità di accesso all'ADI e integrazione con telemedicina e COT

I possibili scenari per l'individuazione precoce dei soggetti eleggibili ad un percorso di cure domiciliari si articolano su tre livelli, che riguardano le modalità di erogazione e/o percorsi attivabili per l'assistenza domiciliare per tipologia di paziente: a) cronico a livello territoriale; b) dai servizi di Pronto Soccorso verso l'ADI; c) dalle degenze ospedaliere verso l'ADI.

L'intera centralizzazione dei processi, delineata nei tre flussi, dovrebbe avvenire possibilmente presso l'ADI, con un'interfaccia operativamente robusta con la COT, al fine di non perdere alcuni

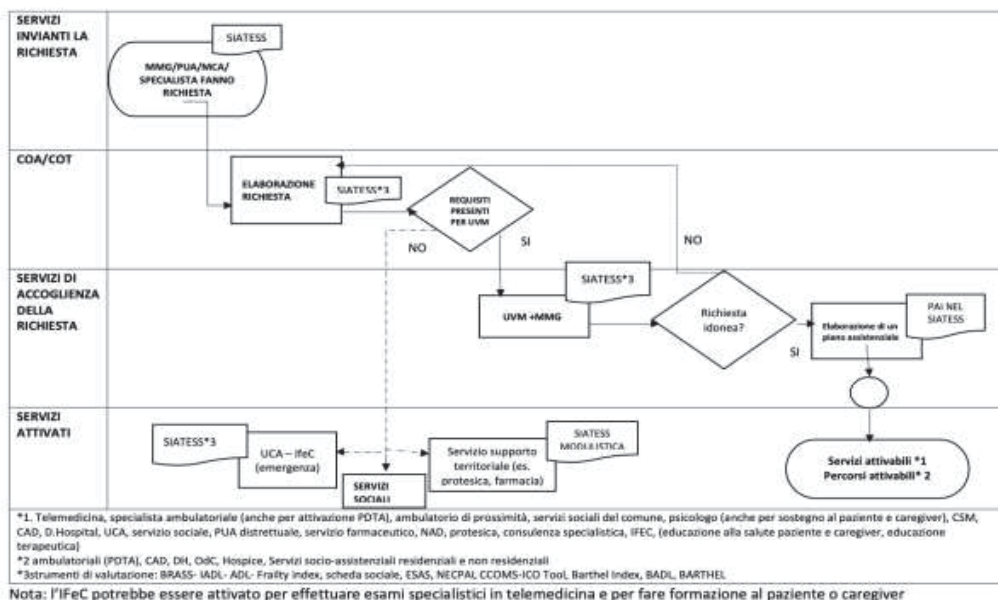
passaggi dalle degenze ospedaliere e dai servizi di Pronto Soccorso. In questo quadro, COT e ADI sono da intendersi quali due entità distinte, previa la necessità di raccordo perché al fine di alimentare i due flussi da setting ospedalieri. Nei paragrafi seguenti, vengono chiariti percorsi per ciascuno dei tre livelli delineati.



a) Paziente cronico a livello territoriale

A livello territoriale, è importante intercettare precocemente i soggetti fragili, secondo logiche di proattività, per cui il MMG/PLS, (o IFEC con funzione "pivot", Infermiere care manager dei PDTA o Medico Specialista) segnalano e attivano l'ADI base, prevedendo interventi di breve periodo e azioni di educazione terapeutica alla famiglia/caregivers nel proprio contesto di vita anche da remoto, selezionando i soggetti con maggiore fragilità sanitaria e sociale (mediante indicatori standardizzati, quali il ricovero negli ultimi 3 mesi, le cadute, il calo ponderale e la perdita del supporto familiare). Successivamente, l'ADI identifica il tipo di intervento, il setting e la frequenza, anche mediante l'utilizzo di strumenti di telemedicina. In caso di particolare vulnerabilità sociale, l'intervento dovrà essere integrato con i servizi sociali, per l'attivazione dei percorsi di sostegno economico o assistenziale o l'avvio della nomina di un Amministratore di Supporto. Importante il ruolo dell'UCA nella prelievitazione del caso e la presa in carico precoce.

DIAGRAMMA DI FLUSSO PERCORSI ATTIVABILI PER PAZIENTE CRONICO SUL TERRITORIO

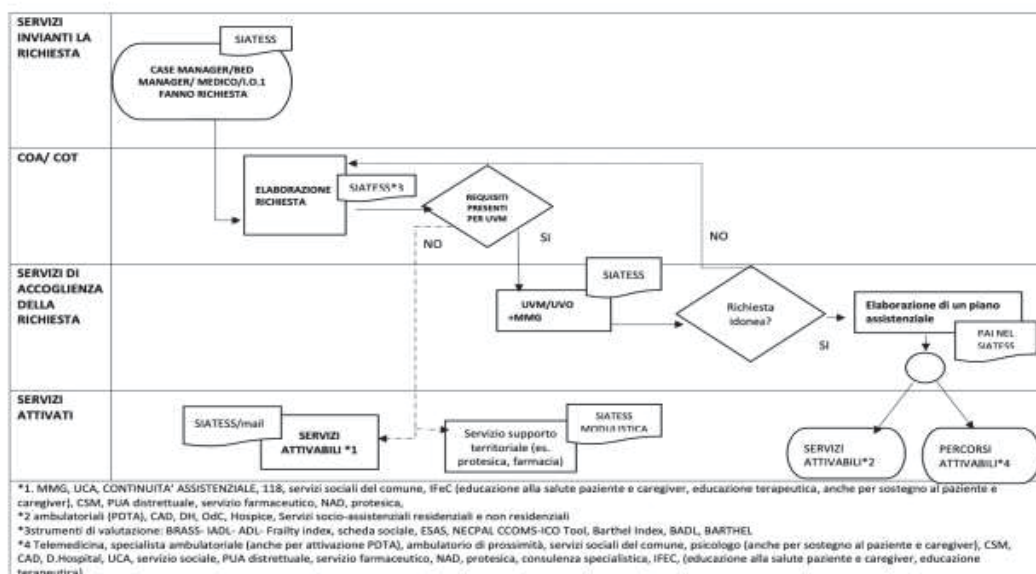


b) Paziente dai Servizi di Pronto Soccorso

È importante che la presa in carico precoce in ADI dei pazienti fragili avvenga anche in Pronto Soccorso attraverso la COT come riferimento delle strutture ospedaliere. In questo percorso un ruolo cardine, accanto al Medico di Pronto Soccorso, è ricoperto dall'infermiere «flussista» del servizio TOH e dall'Assistente Sociale. Inoltre, risulta fondamentale anche il ruolo dell'UCA nella prevalutazione del caso e per la presa in carico precoce.

I Pronto Soccorso di strutture ospedaliere che dispongono di servizi di telemedicina che erogano televisita e/o telemonitoraggio e/o teleconsulto possono attivare rapidamente tali servizi per garantire continuità assistenziale (prima della presa in carico del territorio).

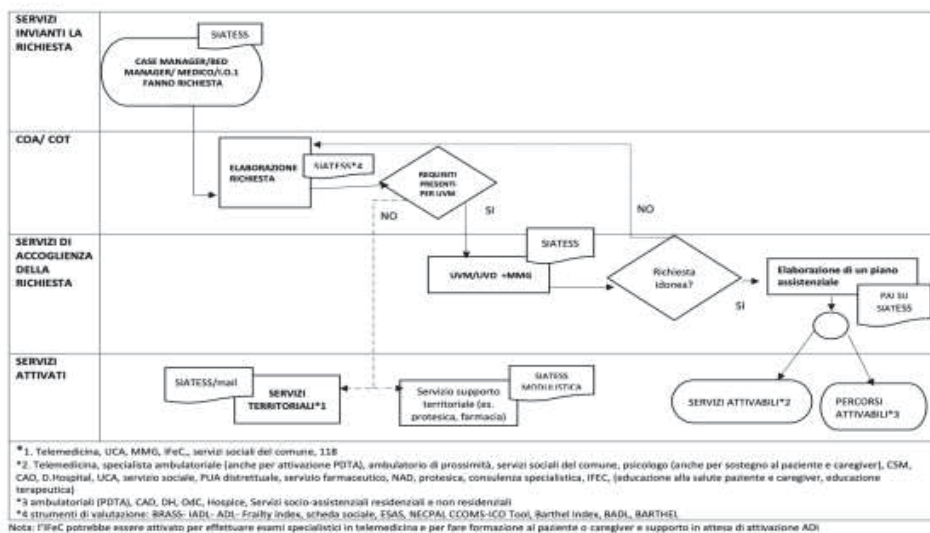
DIAGRAMMA DI FLUSSO PERCORSI ATTIVABILI PER PAZIENTE CRONICO: OSPEDALE PS-ADI



c) Paziente dalle degenze ospedaliere verso l'ADI

Gli Ospedali che dispongono di servizi di telemedicina che erogano televisita e/o telemonitoraggio, e/o teleconsulto, e/o teleriabilitazione, e/o teleassistenza possono attivare tali servizi in fase di dimissione per garantire continuità assistenziale

DIAGRAMMA DI FLUSSO PERCORSI ATTIVABILI PER PAZIENTE CRONICO: OSPEDALE DEGENZA-ADI



4.3 Definizione dei livelli di interconnessione tra ADI e PUA

Si delineano, inoltre, i livelli di interconnessione tra ADI e PUA, distinguendo un livello base e un livello avanzato.

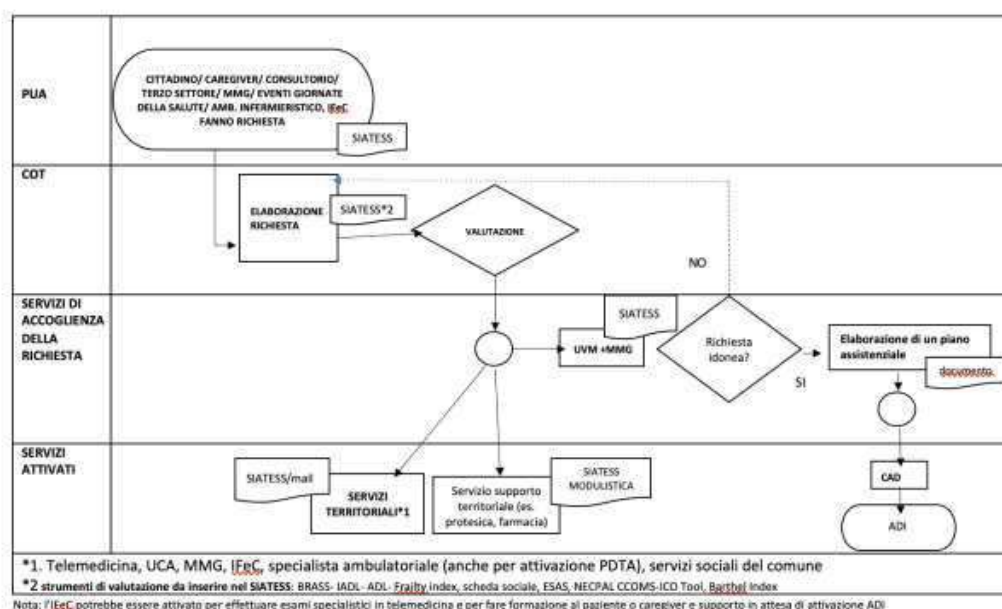
A livello base, si prevedono:

- Accessi tramite PUA e Integrazione con i servizi sociali municipali e con COT-A/COT-D tramite procedure dedicate;
- Accessi territoriali all'ADI dal domicilio tramite COT-A/COT-D;
- Accessi da reparti di degenza all'ADI tramite TOH in connessione con COT-A

A livello avanzato, si prevedono:

- Gestione dei cambi di setting assistenziale
- Gestione delle liste d'attesa per le strutture residenziali locali tramite COT-A/COT-D

DIAGRAMMA DI FLUSSO PERCORSI ATTIVABILI PER PAZIENTE CRONICO: INTERCONNESSIONE TRA ADI E PUA



4.4 Modalità di erogazione dell'assistenza domiciliare integrato anche dai servizi di telemedicina

L'applicazione del modello digitale all'assistenza domiciliare consente di implementare il processo di presa in carico che va dalla richiesta, alla attivazione, alla erogazione. L'erogazione delle cure a domicilio deve essere garantita, previa opportuna pianificazione, nell'arco dell'intera settimana 7/7 giorni, tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti e integrata e potenziata dai servizi da remoto di telemedicina (televisita, teleconsulto medico, teleconsulenza medico-sanitaria, telecontrollo, telemonitoraggio, teleassistenza, teleriabilitazione) secondo quanto previsto dall' Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 (Rep. Atti 215/CSR) "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina". Il modello digitale applicato dell'assistenza domiciliare prevede che alcune prestazioni domiciliari possano essere svolte da remoto attraverso:

- Presenza di un Centro Servizi (a funzioni prevalentemente tecniche) e/o di un Centro Erogatore (a funzioni prevalentemente cliniche) per la telemedicina; le due strutture, a discrezionalità dei modelli

organizzativi, possono coesistere insieme e possono essere presenti nella sede operativa ADI (di cui all'Intesa Stato-Regioni del 4 agosto 2021). La COT non gestisce le prestazioni di telemedicina ma supervisiona, monitorizza i percorsi e la corretta tempistica delle prestazioni

-Definizione di strumenti operativi per i servizi di telemedicina (es. linee guida, protocolli, PDTA, workflow, etc.) che consentano di stabilire la tipologia di paziente e patologie eleggibili, prestazioni e servizi di telemedicina disponibili, set di parametri oggetto di eventuale monitoraggio e valori soglia di riferimento, indicatori appropriati (in particolare di esito); i parametri e i valori soglia possono essere personalizzati

4.5 Strumenti informativi /informatici a supporto dell'attività di assistenza domiciliare

Si ravvisa come necessaria l'implementazione del sistema informativo regionale SIATeSS per la gestione della Home Care, al fine di garantire apertura e chiusura della cartella domiciliare, nonché la continuità clinico-assistenziale ospedale-territorio. È importante, peraltro, che gli strumenti di telemedicina si integrino con i sistemi informativi aziendali (CCE, repository, ecc.)

Per quanto riguarda la nuova fascia di popolazione che entrerà nel sistema delle cure domiciliari in quanto affetto da poli patologia o a rischio di non autosufficienza, si dovrà registrare la segnalazione (da parte del MMG, dell'ospedale o del PS), avviare la valutazione mediante *Contact Assessment* e prevedere specifiche scale di valutazione integrative rispetto alle più frequenti condizioni di fragilità. La successiva ed eventuale Valutazione Multidimensionale (VMD), e dunque la definizione dettagliata del tipo di intervento, anche con il supporto degli strumenti di telemedicina, potrà utilizzare l'Home Care ADI, prevedendo PAI integrati con definizione delle prestazioni ed i tempi (calendarizzazione). Il SIATeSS integrerà la piattaforma di telemonitoraggio e teleassistenza, nonché prestazioni di teleconsulto con i medici ospedalieri dopo un tempo variabile dalla dimissione (follow up).

STRUMENTI INFORMATIVI PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE		
Strumenti	Razionale	Chi li utilizza
Scheda di primo contatto	Utile per COT A e D, PUA e TOH (o COT H), la possibilità di utilizzare lo stesso strumento favorirà il dialogo tra professionisti	Infermiere
Piattaforma di gestione e monitoraggio attività per le COT con dashboard ad uso dei medici (MMG, specialisti) per procedere con richieste e segnalazioni	Unico canale a cui afferiscono le richieste che possono poi essere smaltite o in automatico se si predispongono i criteri di switch o da parte della centrale deputata al filtro (COT A)	Tutti gli attori per segnalare richieste, infermiere per le risposte e la gestione dei processi
Schede di valutazione clinico assistenziale	Comuni ad uso delle diverse UV con l'aggiunta di eventuali moduli personalizzati se occorre, meglio se tutti utilizzano schede interRai	UVMD
Scheda bisogni sociali e budget di salute	Modello condiviso	Servizio sociale
Moduli PrIS e PAI	Come già in uso	Attori coinvolti nel percorso di cura
Scheda di segnalazione frequent user/ fragilità da PS	Visto il carico di lavoro dei PS sarebbe meglio se integrata su Gipse e con interfaccia sulla piattaforma della COT A	Infermiere triage
Schede di valutazione del rischio di dimissione difficile	Da somministrare entro 24/48 ore dal ricovero (esempio Brass) per attivare la	Infermiere reparto di degenza

	COT A e i successivi passaggi utili a non rallentare la dimissione, tra questi la valutazione integrata in ospedale.	
Consensi per le attività di telemedicina	Come già in uso	Chi prende in carico la richiesta
Protocolli condivisi con MMG e specialisti per le attività di telecontrollo, telereferto e teleconsulenza specificati e definiti sui singoli PDTA	Da definire sui singoli percorsi, in particolare specificando le ore di attività, il timing dei controlli e i tempi di risposta del servizio anche nei confronti dell'utenza	Tutti gli attori coinvolti con la convalida del direttore dipartimento di interesse e direttore sanitario aziendale
Modulo attivazione UCA e cartella UCA	Anche questo passa dalla COT A/D secondo dell'organizzazione aziendale meglio se su piattaforma come sopra indicato	Infermiere COT e team UCA

4.6 Sviluppo di un sistema di valutazione attraverso indicatori di processo e di esito dell'attività ADI

Si ritiene necessario sviluppare un sistema di valutazione attraverso la definizione di specifici indicatori di processo e di esito dell'attività ADI partendo dal modello esemplificativo per la valutazione delle performance previsto per gli erogatori accreditati di cui al DCA n. U00095 e s.m.i., 22/03/2018. La recente introduzione dell'invio contemporaneo del PAI agli erogatori ADI permetterà di valutare i tempi di risposta e la percentuale di risposte positive del singolo erogatore, anche in relazione al livello assistenziale. È inoltre importante prevedere degli indici di valutazione degli esiti confrontabili con dati già disponibili e misurabili in rapporto all'età, al grado di fragilità e di complessità clinica. Non da ultimo, risulta imprescindibile sviluppare un raccordo degli indicatori proposti con il nuovo sistema di garanzia.

4.7 Fabbisogno personale per l'ADI e formazione degli operatori

A fronte dell'obiettivo della presa in carico del 10% della popolazione over 65, risulta indispensabile rivalutare la dotazione di risorse umane dedicate nei Centri ADI. Una composizione dello "skill mix" e del "service mix" flessibile ed articolata potrà inoltre consentire l'erogazione diretta di prestazioni, soprattutto di quelle più semplici, con una maggiore sostenibilità del sistema anche per gli erogatori. L'articolazione degli interventi per livello di complessità che richiedono profili di competenze tra quelli disponibili e l'avvio di un modello erogativo multicanale rappresentano due percorsi di innovazione da avviare nella filiera dei servizi. Parimenti il processo di verifica degli interventi erogati per specifici target di popolazione risulta cruciale per la lettura complessiva del bisogno sul quale l'intervento è stato progettato. Tale processo, definito su scala aziendale, rappresenta il meccanismo per anche per esercitare forme di committenza nei confronti degli erogatori.

Si ravvisa la necessità di prevedere uno specifico percorso di formazione per lo sviluppo delle competenze dei professionisti sanitari che operano nell'ADI, attraverso programmi di riqualificazione e formazione di base/avanzati in ambito digitale e programmi di aggiornamento specifico. Si riposta un esempio di percorso per lo sviluppo delle competenze necessarie degli operatori ADI:

- Elementi di base: inquadramento nosografico ed epidemiologico della fragilità/non autosufficienza nell'anziano
- Utilizzo degli strumenti di valutazione (Contact Assessment) integrato da scale di fragilità clinica e vulnerabilità sociale
- Conoscenza e applicazione degli strumenti di autovalutazione

- Conoscenza dei percorsi di intervento proattivo (educazionale, promozione di stili di vita adeguati) e di indirizzo verso la gestione delle patologie con particolare attenzione alla poli farmacoterapia
- Conoscenza ed avvio dei percorsi di intervento domiciliare, residenziale e semiresidenziale in rapporto agli obiettivi stabiliti
- Utilizzo dei servizi di telemedicina in relazione ai bisogni di cura.

4.8 Buone pratiche di Assistenza Domiciliare integrata dalla telemedicina nelle ASL del Lazio

Infine, si riporta una fotografia di sintesi delle buone pratiche già adottate nella regione Lazio. La Figura 3. mostra la distribuzione dei pazienti in carico all'ADI tra il 1 gennaio 2022 e il 30 settembre 2022 relativamente alle ASL della Regione Lazio, con riferimento ai dati Istat circa la popolazione over 65 nell'anno 2022.

Figura 3. Pazienti in carico all'ADI nella Regione Lazio al 30/09/2022

ASL	Popolazione over 65	Pazienti over 65 assistiti		Pazienti over 65 e >0,13 assistiti	LEA
		Valori assoluti	%		
RM1	240.604	9.185	3,82	4.961	2,47
RM2	284.234	9.878	3,48	6.852	2,96
RM3	133.423	4.094	3,07	2.021	1,88
RM4	69.391	5.488	7,91	1.368	2,54
RM5	101.085	4.021	3,98	1.415	2,00
RM6	120.241	4.624	3,85	1.282	1,55
FR	115.252	3.437	2,98	1.750	1,73
RI	40.214	3.094	7,69	1.065	4,01
VT	77.681	4.719	6,07	2.473	4,21
LT	125.915	4.118	3,27	2.402	2,22
Regione Lazio	1.308.040	52.658	4,03	25.589	2,46

Sulla base dei dati presentati nella Figura 3., sono state elaborate delle schede di valutazione circa lo stato di implementazione dell'ADI nelle varie ASL. Come nota positiva, tutte le schede di sintesi presentano un modello di centralizzazione, nonché una valutazione degli esiti. Per quanto concerne la valutazione degli esiti, in alcuni casi, questi ultimi sono espressi in termini di casistica gestita; in altri, si propone una valutazione qualitativa delle pratiche esistenti.

Si allegano le schede con le buone pratiche (Allegato 1).

5 Linee di indirizzo regionali per l'istituzione del profilo di ruolo dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC)

Il presente documento, è stato elaborato con il contributo di tutte le Direzioni Infermieristiche delle Aziende Territoriali della Regione Lazio, dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma e Province, con la collaborazione dell'Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità (AIFeC) per definire alcuni elementi qualificanti il ruolo e l'attività dell'IFoC oltre ai contenuti formativi minimi per l'introduzione dello stesso nel contesto delle cure primarie, considerando le buone pratiche già esistenti per un processo di scalabilità in tutta la regione Lazio.

5.1 Orientare la missione dell'Ifoc nel sistema delle cure

L'esperienza pandemica ha messo in luce la crucialità degli interventi sulla persona all'interno del proprio contesto sociale di riferimento (tra cui la famiglia, nell'accezione ampia del termine) intercettando in modo precoce condizioni di fragilità in essere o in manifestazione relativamente alla salute dell'individuo e della sua rete sociale più vicina. In questa direzione, l'art. 1, co. 5, del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, coordinato dalla L. di conversione 17 luglio 2020, n. 77 recante: "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", ha messo in evidenza l'importanza della figura dell'infermiere di famiglia e comunità (IFeC) per rafforzare i servizi infermieristici e così potenziare anche la presa in carico sul territorio dei soggetti affetti da SARS-COV-2, coadiuvando le Unità Speciali di Continuità Assistenziale e i servizi offerti dalle Cure Primarie. Le "Linee di indirizzo Infermiere di famiglia o comunità ex L. 17 luglio 2020, n. 77" hanno delineato alcuni orientamenti in merito all'introduzione dell'IFeC da adattare ai diversi contesti regionali. In seguito il DM n.77 del 23 maggio 2022 all'art. 6 dell'allegato 1 "1 "Infermiere di Famiglia o Comunità" ha declinato le competenze e gli standard di infermieri necessari a rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali nei vecchi e nuovi setting assistenziali. L'IFoC è inoltre definito come "un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute, coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola". A livello internazionale sono molti i Paesi che beneficiano dell'infermieristica di famiglia e di comunità nell'ambito delle cure primarie: dagli Stati Uniti al Canada, dall'Inghilterra alla Scozia, alla Slovenia, alla Spagna, al Qatar e al Botswana. La Regione Lazio con la deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 recepisce il DM 77/2022 e ai sensi dell'art 1 comma 2 del citato provvedimento individua nell'infermieristica di famiglia o di comunità uno degli assi che concorrono ad assicurare alla persona, alla famiglia e alla comunità il diritto alla tutela della salute.

L'Infermiere di famiglia e comunità (IFoC) è stato definito, nell'ambito della Conferenza Stato Regioni e Posizionamento FNOPI¹, come il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità. L'IFoC collabora alla valutazione dei bisogni della persona e della famiglia per evidenziare ed anticiparne i bisogni e a seguirli in maniera continuativa lungo tutto il percorso di vita, secondo un approccio di sanità di iniziativa integrata con i servizi sociali territoriali. L'IFoC ha come focus di intervento la persona, la famiglia, la comunità e la casa come ambiente in cui i membri della famiglia possono farsi carico dei problemi di salute.² Nell'opportunità di entrare nelle case dei cittadini, nei luoghi di aggregazione, di vita, di lavoro, nei luoghi di istruzione, è

possibile “dimensionare” la capacità della persona nel comprendere di cosa ha bisogno per mantenere il proprio stato di salute o intervenire nelle alterazioni dello stesso; di sapersi orientare nell’accesso all’offerta dei servizi sanitari e sociali in quanto appartenente a gruppi di popolazione socialmente, economicamente, demograficamente o geograficamente differenti.

L’IFoC concorre nell’agire quotidiano a contrastare le disuguaglianze identificando precocemente i determinanti e le condizioni che intervengono a produrre la probabile/possibile perdita di salute a causa delle concorrenti condizioni individuali sanitarie, sociali, ambientali per differenze ingiuste ed evitabili o rimediabili; contribuisce a rimuovere gli ostacoli per la buona salute e favorisce nelle persone il controllo sulla propria salute, nonché la competenza individuale nelle patologie croniche a sviluppare una adeguata capacità di “convivenza” e gestione della “salute residua”, al fine di consentire il mantenimento delle relazioni sociali e della vita attiva. In linea con le indicazioni regionali, l’IFoC partecipa ai processi di Health Equity Audit implementati dalle Aziende Sanitarie nell’ambito dei Piani Aziendali per l’Equità nella salute e nei percorsi assistenziali (Det. n. G05812 del 12 maggio 2022) e nei Piani aziendali di prevenzione. La salute inizia con la vita e se facciamo nostro il concetto di Famiglia come “un insieme di persone che sono viste come unità sociale o collettività, composta da individui uniti da legami di sangue, parentela, da unione emotiva o legale, includendo altre persone significative. L’unità sociale della famiglia è un complesso, un intero che va oltre gli individui ed i loro legami di sangue, parentela, emotivi o legali che la compongono³” crediamo che gli infermieri possano contribuire al mantenimento della salute e alla sostenibilità del sistema complessivo. “Gli infermieri possono intervenire con le famiglie in molti modi a seconda della compassione, competenza, abilità e creatività e, soprattutto a seconda della relazione dell’infermiere con ciascuna famiglia” (Bell, 2011).

5.2 Profilo di ruolo dell’Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)

In accordo con la DGR 643/22, l’IFoC associa a funzioni di erogazione delle cure quelle di interfaccia e case management soprattutto sui casi a complessità assistenziale e/o sociale. A seconda dei diversi target di popolazione, infatti, è possibile identificare diversi approcci e tipologie di intervento: per un target di popolazione sana l’approccio principale sarà quello della sanità di iniziativa, assumendo un ruolo attivo negli interventi, coordinati dal Distretto, volti al contrasto dei fattori di rischio modificabili (in particolare sedentarietà, scorretta alimentazione, abitudine al fumo, consumo a rischio di alcol, esposizioni ambientali nocive per la salute). In particolare, l’IFoC collabora agli interventi di promozione dell’alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) rivolti sia a soggetti sani, sia a soggetti con condizioni di rischio, in tutte le fasi della vita, a partire dai “primi 1000 giorni”; nel caso della persona con patologia cronica stabile, oltre alla sanità di iniziativa, si prevede la formazione all’autocura, l’erogazione a domicilio, l’identificazione precoce dei fattori di rischio modificabili e il loro contrasto e la prevenzione secondaria sia farmacologica che non. Le attività dell’IFoC sono condizionate dal *setting* in cui opera e per conseguenza dai *target* verso cui è orientato il suo intervento.

L’IFoC è chiamato ad operare all’interno della filiera delle cure primarie avendo a riferimento la popolazione del territorio di riferimento della Casa della Comunità. I dati che rappresentano le condizioni socio-economiche e sociosanitarie del contesto regionale laziale, evidenziano una popolazione eterogenea, progressivamente più anziana e povera che si concentra prevalentemente nel Comune di Roma, dove l’offerta sanitaria è maggiore e capillare. Proprio per le diverse caratteristiche del contesto, la provincia, generalmente più povera di servizi, ha già attivato innovazioni organizzative territoriali (tra cui anche ruoli quali l’infermiere di famiglia) per

“raggiungere” contesti familiari a rischio di accesso ai servizi sanitari e sociali, in primis come risposta alla pandemia.

Sono attribuite all'IFoC le funzioni di supervisore, monitor e governo del percorso della persona, di supervisore dell'aderenza della persona con patologie ai PDTA e più in generale del governo e monitoraggio del Progetto di Salute (PRIS) che contribuisce ad elaborare e a supervisionare. È inoltre facilitatore dell'empowerment di individui, caregiver (familiari o professionali) e delle politiche di prevenzione intersettoriale. Il contributo dell'IFoC sulla popolazione sana e su quella cronica (anche multipatologica) si esprime principalmente attraverso la rete delle CdC e il rapporto con le UCP. In particolare l'IFoC:

- predisporre interventi sulla promozione della salute, prevenzione e promozione dei corretti stili di vita, anche attraverso i programmi rivolti al sistema educativo, in coerenza con gli obiettivi di salute del Piano aziendale della prevenzione e dei Piani Attività Territoriali distrettuali.
- intercetta precocemente le modifiche dello stato di salute al fine di garantire la gestione precoce della complessità e delle complicanze (riducendo altresì i ricoveri impropri).
- facilita la presa in carico proattiva delle persone fragili e affette da patologie croniche attraverso modelli di sanità e *welfare* di iniziativa gestiti dalla CdC;
- supporta l'aderenza ai percorsi di cura, prevedendo l'*engagement* del *caregiver*, sia familiare che professionale, orientando all'utilizzo appropriato dei servizi sanitari, promuovendo l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi, promuovendo comportamenti aderenti ai determinanti positivi della salute (OMS);
- si interfaccia con il CAD in caso di domiciliarizzazione dei propri assistiti, verificando l'appropriatezza delle attività erogate in ADI, e con le strutture intermedie ovvero le RSA per tutto il periodo di ospitalità,
- collabora con le reti di volontariato presenti nel territorio per promuovere modelli di *community building*.

L'IFoC provvede a orientare meglio ai servizi contribuendo alla migliore informazione le persone singole e la collettività ed eroga prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza, e rivolte alla prevenzione della collettività della sanità pubblica e dell'assistenza di base⁴, inclusi interventi di educazione alla salute. A livello domiciliare, l'IFoC non eroga prestazioni dirette a domicilio, a meno che non collabori con l'USCA per interventi urgenti a causa di presa in carico dilazionata dei servizi domiciliari.

Gli strumenti di assessment infermieristico

Il contributo alla presa in carico da parte dell'IFoC secondo la stratificazione del rischio⁵ prevede azioni autonome e proattive dal I al III livello, finalizzate al supporto della persona in cui l'utilizzo dei servizi è ancora sporadico e di bassa/media frequenza. L'assessment a domicilio permette, attraverso la redazione del Progetto di Salute, di identificare i bisogni dell'assistito, pianificare gli interventi necessari, connettere l'equipe multiprofessionale laddove sia necessario redigere un PAI, determinare gli obiettivi da raggiungere. L'adozione di uno strumento unico regionale che sia integrato nel sistema SIATESS assicura l'adozione di un medesimo linguaggio necessario per gestire un colloquio efficace nei confronti della persona e del suo caregiver. Si raccomanda l'adozione del modello strutturato di valutazione e intervento infermieristico (es. modello di Calgary⁶) centrato su punti di forza e resilienza, esaltando le risorse a disposizione e sulle potenzialità piuttosto che sui deficit e disfunzioni. Ad oggi, l'approccio di *assessment* e intervento secondo il modello Calgary è stato adottato e valutato soprattutto con le famiglie di persone affette da malattie psichiatriche e cronico-degenerative o di bambini con patologia oncologica, mentre sono poco indagate le evidenze sul suo utilizzo nei servizi di cure primarie con un'ottica proattiva e di prevenzione, oggi attivo nelle

esperienze delle AASSLL Roma 4,5,6. Per gli interventi di promozione della salute, in accordo con le indicazioni del Piano Regionale e aziendale di prevenzione, è previsto l'utilizzo di strumenti standardizzati (ad esempio test Fagerstrom per valutare il grado di dipendenza dal fumo, Audit-C per valutare l'abuso di alcol).

I modelli e gli ambiti di intervento

Nell'ambito del wp1 è stato identificato un modello per la i) definizione dei profili epidemiologici e stima dei bisogni assistenziali, attraverso Population Health management "by district": geo-referenziazione e sistemi informativi geografici; ii) definizione dei bacini di utenza delle Case di Comunità, che tiene in considerazione le attività di prevenzione e promozione della salute, i percorsi assistenziali integrati per pazienti cronici e multi cronici e la stima dei pazienti con vulnerabilità socio-economica per un'integrazione efficace con la rete delle cure intermedie. Nell'area di riferimento, la funzione dell'IFoC è orientata ad una presenza continuativa e la sua azione si articola all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si compone:

-l'ambito individuale e familiare, ovvero il setting prioritario in cui opera, attraverso interventi diretti e indiretti che hanno la persona e la famiglia come destinatari, con l'obiettivo di favorire la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso il rafforzamento della sua autonomia e il mantenimento della persona al proprio domicilio evitando il ricorso alle strutture di ricovero;

-l'ambito distrettuale, attraverso azioni ed interventi all'interno della rete assistenziale del distretto in integrazione con gli altri professionisti. Nell'ambito territoriale distrettuale, l'IFoC collabora con MMG/PLS ma anche con Servizi Sociali (Assistente Sociale), nell'ottica di ampliamento del modello di presa in carico globale di tipo socio-assistenziale; I setting privilegiati oltre agli studi dei MMMMG, sono la COT, dove viene svolta l'attività di booking e di back office; l'ambulatorio infermieristico di famiglia e comunità, dove sono ricevuti gli utenti la Casa della Comunità, l'Ospedale di Comunità. Si segnala l'esperienza della ASL di Rieti che ha introdotto nei medesimi contesti operativi dell'IFoC anche l'ostetrica di comunità con una prospettiva di collaborazione con i PLS all'interno del contesto delle cure perinatali genitoriali, ovvero nella gestione della salute riproduttiva della donna. La consulenza è attivata dall'IFoC laddove è identificato un bisogno specifico da affidare alla professionista ostetrica.

-l'ambito comunitario, attraverso azioni rivolte alle comunità, all'interno di una rete di relazioni e connessioni, con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti ai bisogni di salute. Il coinvolgimento dell'IFoC negli interventi di prevenzione realizzati nei setting extra-sanitari, come la scuola, è importante anche al fine di favorire l'accesso ai servizi territoriali di prevenzione e cura, da parte di quei soggetti che, intercettati nell'ambito delle iniziative di rete, avrebbero maggiori difficoltà di accesso per vulnerabilità socioeconomica o scarsa alfabetizzazione sanitaria. A tal fine l'IFoC collabora alla realizzazione degli interventi di promozione della salute e prevenzione previsti dal Piano Regionale di Prevenzione (DGR n. 970 del 21/12/2021) e relativi Piani aziendali di prevenzione. Tali interventi prevedono azioni volte ad agire nei "setting" individuati per la promozione della salute e prevenzione (la scuola, l'ambiente di lavoro, e altri contesti variamente collegati ai Comuni come, ad esempio, i centri anziani e i luoghi di aggregazione giovanile), garantendo il raccordo delle CdC con il territorio in un'ottica preventiva e proattiva.

5.3 Azioni di inserimento dell'IFoC nei contesti di cure primarie

Di seguito sono riportate alcune possibili azioni per favorire l'inserimento dell'IFoC nei diversi contesti di cure primarie:

- presentazione e inserimento dell'IFoC nelle UCP/AFT attraverso incontri programmati nelle Case della Comunità con gli MMG. I MG e gli infermieri condividono percorsi, , logistica, piattaforme informative, coordinando le modalità operative e gli strumenti di valutazione;
- assegnazioni degli IFoC alle famiglie presenti nel territorio di riferimento, con priorità a utenti/famiglie target (presenza di soggetto fragile/cronico); con uno standard a tendere di 1 IFoC ogni 3000 abitanti;
- inserimento dell'IFoC nei diversi contesti da gestire con flessibilità, immaginando un interscambio tra i diversi setting in cui opera. In prima battuta appare immediatamente praticabile l'inserimento negli spazi degli Ambulatori Infermieristici Territoriali già realizza, e poi nelle Case di Comunità che verranno realizzate grazie al PNRR, attraverso l'adozione di spazi idonei. È auspicabile che il primo appuntamento per la presa in carico della persona e della famiglia, e se necessario anche quelli immediatamente successivi, avvengano a domicilio, con il consenso degli stessi, per una corretta valutazione del *setting*.
- partecipazione a interventi intersettoriali di prevenzione e cura, in linea con le indicazioni del Piano aziendale di prevenzione. A riguardo si segnala la programmazione già realizzata nell'ambito della "Rete laziale delle Scuole che Promuovono Salute" (DGR 29 dicembre 2022, n. 1258), della rete dei "Luoghi di lavoro che Promuovono Salute" (Det. 19 ottobre 2022, n. G14214) o in altri setting di intervento come i luoghi di aggregazione di giovani e anziani.
- avvio di programmi di promozione della salute e interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, anche attraverso l'attivazione e la collaborazione a iniziative di educazione alla salute, rivolte alla comunità, gestiti attraverso il counseling infermieristico per l'adozione di corretti stili di vita, l'adesione consapevole ai programmi di screening e alle vaccinazioni raccomandate.

5.4 Risultati attesi con l'introduzione del profilo dell'IFoC e strumenti di monitoraggio

Con l'introduzione del profilo dell'IFoC si attendono i risultati riportati in tabella:

Risultati attesi	• Miglioramento dei percorsi integrati per l'individuazione precoce e il contrasto dei fattori di rischio comportamentali (sedentarietà, scorretta alimentazione, abitudine al fumo, consumo a rischio di alcol) nel contesto delle CdC e negli interventi domiciliari. • Miglioramento dell'integrazione territorio-ospedale-territorio con supervisione nei cambi di setting assistenziale; • Miglioramento dell'aderenza delle persone assistite, in condizione di cronicità, ai PDTA in cui sono inseriti; • Incremento della partecipazione dell'utenza ai programmi di screening e alle campagne vaccinali ricorrenti; • Riduzione degli accessi di codice 5 in pronto soccorso; • Riduzione delle riammissioni in ospedale a 30 giorni, dopo dimissione al domicilio; • Miglioramento della qualità di vita mantenendo il più possibile la persona fragile al proprio domicilio attraverso il supporto alla famiglia /caregiver nel contesto domestico fornendo tutte le informazioni utili alla gestione della persona riducendo così le situazioni di rischio • Responsabilizzazione della persona, della famiglia/comunità al mantenimento dello stato di salute per poter agire in modo proattivo rispetto ai determinanti della salute; • Sviluppo di un'assistenza basata sulle migliori evidenze disponibili e sulla valutazione continua degli esiti assistenziali per il progresso della ricerca; • Estensione dei processi di continuità assistenziale tra persona/ famiglia e MMG/PLS permettendo di creare un rapporto di fiducia tra cittadino e istituzioni
------------------	---

Per valutare le attività svolte dagli IFoC, Regione Lazio intende monitorare i seguenti indicatori di esito e di processo:

Indicatori per il monitoraggio	• Numero totale degli assistiti presi in carico/su totale degli assistiti della UCP/AFT di riferimento; • Numero di assistiti che ricevono programmi di educazione sanitaria (incluso il consiglio motivazionale breve per gli stili di vita)/numero totale degli assistiti della UCP/AFT di riferimento; • Numero di accessi di PS degli assistiti, non seguiti da ricovero, prima e dopo la presa in carico dell'IFoC; • Numero dei ricoveri degli assistiti prima e dopo la presa in carico dell'IFoC; • Numero di assistiti che presentano un miglioramento della qualità di vita dopo la presa in carico da parte dell'IFoC (analisi mediante questionario EUROQoL-51, in uso in una ASL metropolitana); • Numero di persone inserite sul SIATESS /totale persone prese in carico; • Miglioramento/normalizzazione dei parametri specifici (PDTA) dopo intervento dell'IFoC;
--------------------------------	---

5.5 La formazione dell'IFoC

In accordo con il framework fornito dall'OMS la formazione dell'IFoC deve consentire di acquisire capacità di educare e fornire consulenza sui corretti stili di vita, individuando i comportamenti a rischio per la salute, di attivare strategie preventive di sanità pubblica e di costruire reti sia tra i servizi dell'area sanitaria e sociale che con le risorse presenti nella comunità di riferimento, al fine di sostenere la famiglia con forme di solidarietà e supporto comunitarie ⁷. Considerato che il livello di formazione atteso è costituito dal Master specialistico in "Infermieristica di famiglia e comunità" è necessario prevedere un livello di formazione intermedio per l'iniziale accesso alla funzione territoriale attraverso un percorso regionale progettato in collaborazione con gli Atenei. Tale scelta privilegia i contenuti di cui all'allegato 1.

L'IFoC partecipa, inoltre, alle iniziative di formazione previste dagli obiettivi del Piano Regionale e aziendale di prevenzione per le tematiche di specifica competenza (es. valutazione dei fattori di rischio per malattie croniche e infettive, consiglio motivazionale breve per gli stili di vita, counseling vaccinale).

Obiettivi del corso

Il corso, rivolto agli infermieri che saranno identificati dalle ASL come IFoC, ha l'obiettivo di far acquisire le conoscenze necessarie a garantire una completa e competente operatività nell'ambito del territorio di competenza.

Metodologia didattica

Il corso dovrà prevedere una modalità blended (almeno 40 ore frontali, 40 online e 36/72 ore di formazione sul campo/tirocinio). Tale formazione dovrà essere riconosciuta e considerata anche ai fini dell'eventuale accesso successivo a percorsi accademici attraverso forme di equivalenza di CFU in accordo con gli Atenei locali (attestato di frequenza per corso di perfezionamento). Per quanto riguarda il tirocinio sarà svolto sul campo, in un setting appropriato a favorire lo sviluppo di abilità spendibili nell'attività pratica dell'IFoC. A tal proposito è opportuno prevedere il coinvolgimento di una *faculty of practice*, composta da professionisti già presenti nella rete delle aziende che possano insegnare modelli di cura e prevenzione sulla base di una esperienza consolidata. È auspicabile anche prevedere il coinvolgimento, in alcuni dei moduli formativi, di associazioni di volontariato/cittadini/pazienti che molto investono nell'engagement e sono una risorsa per il SSR e per i professionisti che vi operano.

È richiesta la frequenza del 90% delle ore previste (teoria + tirocinio) e il superamento con esito positivo di un esame finale. La commissione relativa all'esame finale sarà composta da almeno un rappresentante Regionale, un rappresentante della formazione dell'azienda che ha erogato il corso e un rappresentante dell'Università

ALLEGATO 1

MODULO 1

Denominazione unità didattica	N° ore
Principi del Population Health Management, Chronic Care Model, Welfare Comunitario, Developmental Health Model	5
Principi di universalità e uguaglianza nell'accesso alle cure: il Programma Nazionale Equità nella Salute, Piano Nazionale Prevenzione (PNP 2020-2025) e loro elaborazioni regionali;	5
Il piano nazionale e regionale per la cronicità, piano nazionale oncologico	3
Azioni di sanità pubblica: prevenzione primaria, secondaria e terziaria	2
I determinanti della salute e le politiche per la salute pubblica, il piano nazionale e regionale della prevenzione.	5
sviluppo dell'Empowerment individuale e Comunitario, modelli di Welfare generativo di Comunità: conoscenza della rete dei servizi sanitari e sociali	5
Utilizzo del PDTA come strumento per la presa in carico e continuità assistenziale. Principi di Care e Case Management	5
Concetti di statistica e epidemiologia (stratificazione della popolazione e del rischio - Il PRIS)	5
Principi di Telemedicina (televisita, teleconsulto/teleconsulenza, telemonitoraggio, teleassistenza) come strumento integrato interprofessionale per l'acquisizione e trasmissione dati – (Booking management sistem, gestione documentale)	5
Totale	40

6 Portafoglio servizi da integrare e delocalizzare: COT e nuova prossimità

La Regione Lazio, per assicurare la governance del processo di *transitional care* nell'ottica della sostenibilità e dello sviluppo organizzativo in linea con le indicazioni di cui al DM 77/2022, ha previsto la realizzazione di un sistema multilivello in cui tutti gli attori sono connessi in maniera strutturata e coordinata (DGR n. 643 del 26.07.22 "Linee guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto Ministeriale 23.05.2022 n. 77"; Determinazione G15959 del 18.11.2022 "Revisione del "Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso" (DCA U00453/2019). Nel documento è rappresentato il modello organizzativo regionale, con la puntuale descrizione delle connessioni all'interno della rete di offerta che vede nella COT la modalità di integrazione de: a) i transiti occasionali, quali quelli in dimissione dalle strutture di ricovero (tipicamente flusso *step-down*) nelle situazioni di «dimissione difficile» sia per via delle condizioni sociosanitarie del paziente che per questioni relative all'accesso al setting di destinazione; b) i transiti tra setting di intensità diversa attivati dagli operatori del territorio (in primis dai MMG) per la gestione dell'accesso alle cure intermedie, anche per la popolazione affetta da malattie croniche in situazioni di fragilità o di complessità clinico assistenziale (tipicamente flusso *step-up*).

Per una più agevole lettura, in appendice sono riportate la sintetica declinazione dei processi agiti dai diversi attori e la rappresentazione grafica dei flussi.

6.1 Modello organizzativo delle centrali operative

Il modello organizzativo proposto prevede varie fasi nell'esercizio della transizione, funzionali a rendere fluidi i passaggi di setting. La transizione, infatti, prevede uno scambio tra interfacce diverse all'interno della rete delle aziende sanitarie chiamate a integrare competenze, servizi e risorse per rispondere in modo unitario ai bisogni di specifici target di popolazione. Le connessioni tra le aziende, improntate a criteri di coordinamento e cooperazione, sono supportate da piattaforme di comunicazione integrate.

La funzione della transizione prevede il diretto e fattivo coordinamento tra:

- i soggetti che segnalano e inviano il paziente: nel caso di flusso *step-down* le strutture invianti potranno avvalersi del Team Operativo Ospedaliero (TOH), presente in ogni struttura di ricovero; nel flusso *step-up*, gli invianti potranno essere anche tutti i soggetti o professionisti che operano nella filiera dei servizi territoriali attivando il flusso *step up*;
- COT Aziendali (COT-A) e COT Distrettuali (COT-D), che attraverso il loro coordinamento su scala aziendale ed interaziendale garantiscono l'intercettazione della segnalazione e connettono i servizi aziendali e distrettuali per la tempestiva e appropriata erogazione delle cure.

Il presente documento persegue i seguenti obiettivi:

- ricostituire tutti i processi e procedure della *transitional care* al rispetto dei principi di equità e trasparenza nell'accesso ai vari setting assistenziali e di appropriatezza delle cure, secondo un modello omogeneo e condiviso;
- declinare le interconnessioni tra le Centrali Operative identificate come nodi nella gestione dell'intero percorso di cura e di assistenza;
- uniformare le modalità di interazione tra i professionisti che si occupano dei processi di invio e di quelli di presa in carico territoriale;
- individuare procedure finalizzate a rendere fluido e omogeneo il processo di *transitional care*;

definire modalità strutturate di collaborazione per la risoluzione coordinata e condivisa delle eventuali criticità;

-identificare le parti del processo operativo assistenziale richiedenti l'implementazione della transizione digitale;

-evidenziare i passaggi formativi in grado di coniugare la competenza sanitaria e tecnico-organizzativa con le nuove modalità di approccio al sistema salute;

-sviluppare sistemi di monitoraggio delle prestazioni e dei servizi previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e dal Nuovo Sistema di Garanzia.

Possibili differenze significative tra contesti territoriali (ad esempio quelli metropolitani piuttosto che quelli rurali) e modelli organizzativi delle Aziende Sanitarie possono legittimare interpretazioni dei processi di transizione dei pazienti, preservando però gli esiti complessivi in termini di risultati di salute perseguiti su scala territoriale e il sistema delle connessioni descritto nei processi di transizione.

6.2 Il processo di transizione

Premesso che tutte le aziende sanitarie che operano anche in regime di ricovero possono avere modelli di *discharge management* specifici e variamente diffusi, in questa sede si esemplifica questa funzione facendo riferimento ai TOH. Essi offrono un servizio funzionale multiprofessionale afferente alla responsabilità organizzativa ritenuta più adeguata dalla singola azienda ai fini dell'efficace svolgimento dell'attività, dedicato alla gestione di tutti i flussi ospedalieri di ricovero e dimissione e al governo dei processi organizzativi-assistenziali-informatizzati che regolano l'accesso dei pazienti o il loro rientro da altri *setting* assistenziali.

Il TOH, oltre ad occuparsi della ricomposizione e coordinamento delle diverse funzioni organizzative, assistenziali, logistiche e sociali presenti in maniera frammentata all'interno della struttura di ricovero, promuove i processi di transizione inviando il paziente alla rete della post-acuzie o a quella territoriale attraverso la segnalazione alla COT-A delle singole ASL. Inoltre, il TOH coordina le azioni finalizzate a facilitare, in caso di situazioni non rientranti nell'emergenza, l'esecuzione di procedure di rientro in Ospedale di pazienti in carico alle strutture sanitarie/sociosanitarie/socioassistenziali o inserite nei percorsi di cronicità della rete territoriale, sempre in raccordo con le COT-A e le COT-D. Il TOH, dotato di adeguati supporti informativi, è connesso, in maniera costante, strutturata ed operativa con:

- le strutture di ricovero per acuzie e post acuzie
- le Centrali Operative Territoriali (COT-A e COT-D)
- i Case manager

L'organigramma funzionale del TOH è di norma costituito da un coordinatore (preferibilmente infermieristico) supportato da un team di professionisti con competenze cliniche, gestionali, relazionali e sociali che li rendono figure di riferimento per la facilitazione del percorso assistenziale del paziente.

Il TOH è attivo 7/7 gg con orari definiti secondo l'organizzazione aziendale. Le ASL dotate di più Presidi Ospedalieri direttamente gestiti, possono, a seconda della propria organizzazione, disporre l'istituzione di più TOH ovvero di un unico TOH. Nel caso della presenza di più TOH per singola ASL, va assicurato e regolamentato il coordinamento fra gli stessi. Gli strumenti utilizzati dal TOH sono il SIATeSS e/o altri applicativi regionali o aziendali.

La popolazione target è costituita da tutti i degenti della struttura di ricovero che necessitano di continuità assistenziale.

Il TOH può attivare l'Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera che potrebbe consentire di valutare, in modo immediato, il fabbisogno di un paziente (all'estremo anche in PS prima del ricovero) per l'invio ad altro setting assistenziale che, in ipotesi, potrebbe essere definito nella modalità "provvisorio", ma in ogni caso immediatamente operativo, per essere successivamente valutato in via definitiva dalla UVMD tradizionale. Il PAI "provvisorio" potrebbe avere durata limitata (15 o 30 gg) in modo da assicurare continuità assistenziale al paziente, liberando l'ospedale da giornate di degenza e/o ricoveri inappropriati, e alla UVMD di esprimersi in modo definitivo senza far mancare al paziente l'assistenza necessaria.

6.3 La Centrale Operativa Aziendale (COT-A)

La COT-A è istituita in ogni ASL quale strumento operativo funzionale che svolge un ruolo di governo aziendale dei transiti tra i diversi setting assistenziali coinvolti nel percorso di cura e assistenza e di gestione dei percorsi a valenza sovra-distrettuale e degli aspetti complessi in ambito socio-sanitario.

Funzioni: La COT-A svolge le seguenti funzioni:

- standardizzazione di modelli e strumenti di segnalazione dei casi e valutazione dei fabbisogni di transizione;
- coordinamento delle COT-D, finalizzato all'omogeneizzazione dei processi e procedure di attivazione e accesso ai servizi nei diversi territori;
- integrazione operativa tra Servizi e Strutture presenti sul territorio aziendale afferenti ad Aziende pubbliche e private accreditate, per allineare tutti i passaggi assistenziali del percorso di *transitional care*;
- collaborazione all'esercizio della funzione di committenza della ASL, secondo organizzazione aziendale;
- gestione delle liste di attesa definite per setting assistenziale, per assicurare l'equità di accesso anche tra territori;
- monitoraggio dei tempi di fruizione dei servizi erogati e collaborazione alla verifica della qualità delle prestazioni/servizi erogati;
- facilitazione del percorso appropriato tra i diversi setting assistenziali, in collaborazione con i TOH e le COT-D, per la gestione coordinata in particolare dei pazienti con complessità clinico assistenziale e/o fragilità sociale e familiare;
- promozione delle attività di *audit e feedback*, per l'individuazione di strategie di miglioramento dei processi di transizione;
- promozione di percorsi formativi per gli operatori delle COT-D e per i referenti delle strutture dimettenti;
- aggiornamento dell'anagrafe dei Servizi/Strutture presenti sul territorio aziendale, anche per facilitazione dei processi comunicativi.

Le ASL, in base alle specificità organizzative e alle peculiarità del proprio territorio, possono definire funzioni specifiche all'interno della COT-A.

Connessioni: La COT-A, dotata di adeguati supporti informativi, è connessa, in maniera costante, strutturata ed operativa con:

- le COT-D della ASL di appartenenza e i Servizi aziendali a valenza sovra-distrettuale;
- il TOH delle strutture di ricovero, aziendali ed extra-aziendali;
- la COT-A di altre ASL, anche attraverso lo sviluppo di raccordi funzionali tra le Aziende in ragione di esigenze specifiche, quali quelle proprie dell'area urbana metropolitana di Roma o delle Province;
- il NEA 116117.

Composizione: La COT-A è composta da personale sanitario e sociale, supportato da personale amministrativo (nucleo stabile) integrato, a seconda delle specifiche esigenze, da professionisti con diverse competenze, afferenti ai Distretti e/o all'Area ospedaliera aziendale, nell'ottica di un processo di "contaminazione" di saperi e di competenze tra aree differenti. Il team adotta una modalità di lavoro basata sull'approccio multi professionale e multidisciplinare. È attiva 7 giorni su 7, con orari definiti secondo l'organizzazione aziendale.

Strumenti: SIATeSS e/o altri applicativi regionali o aziendali.

Popolazione target: La Popolazione target della COT-A è rappresentata da:

- Utenti, residenti e non residenti, non autosufficienti, in stato di fragilità sociale e/o complessità clinico assistenziale;
- Utenti, residenti e non residenti, con patologie croniche ad alta complessità, diversificate per stadiazione e ricomprese in specifici PDTA.

Monitoraggio dei processi di transizione

La COT-A:

- riceve dagli altri nodi (TOH, COT-D) e dalla Centrale NEA 116117 comunicazione di tutti i passaggi del percorso assistenziale dell'utente/paziente residente, al fine di provvedere all'eventuale individuazione precoce del percorso assistenziale;
- monitora: i trasferimenti, e la relativa tempistica nei setting di post-acuzie medica, assistenziale e riabilitativa e riabilitazione estensiva territoriale; i tempi di attesa per l'accesso alle Residenze Sanitarie Assistenziali insistenti sul territorio di competenza; i tempi di presa in carico da parte degli Hospice (domiciliare/residenziale) dei pazienti avviati alle CP Specialistiche
- analizza eventuali criticità nel flusso cronologico di accettazione e rifiuto delle richieste di cambio setting da parte delle strutture interessate e le segnala al CR-COT per le opportune azioni di miglioramento da condividere con tutti gli attori coinvolti.

Gestione delle richieste di setting territoriali riferite a degenti in strutture di ricovero

a) Residenti, degenti in strutture di post-acuzie, necessitanti di percorso residenziale territoriale

La COT-A:

- riceve, dal TOH della struttura di ricovero, le richieste di valutazione multidimensionale per la ridefinizione del bisogno assistenziale del paziente;
- attiva la COT-D di residenza, per l'effettuazione della VMD, da effettuarsi entro 48 ore lavorative dalla richiesta, e ne riceve l'esito;
- inserisce il nominativo in lista d'attesa, laddove attiva, per il nuovo setting residenziale identificato o prende atto della pianificazione di ulteriori percorsi assistenziali definiti nell'ambito della VMD.

b) Residenti, degenti in strutture extra-aziendali, necessitanti di attivazione di percorso Assistenza Domiciliare Integrata

La COT-A:

- riceve le richieste di attivazione ADI per i pazienti di competenza territoriale da parte del TOH degli Ospedali extra-aziendali (Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS, Presidi Ospedalieri delle altre ASL e Strutture di ricovero accreditate) per il successivo inoltro alla COT D di residenza per il tramite del SIATeSS. Nei casi di particolare complessità, il TOH può avanzare richiesta di VMD, che viene effettuata entro le successive 48 ore lavorative;
- attiva, qualora richiesto dalla specifica organizzazione aziendale, gli eventuali Servizi individuati dalla VMD e/o segnalati dalla COT-D, in particolare: Servizio Farmaceutico Ospedaliero/Territoriale, Servizio di Assistenza protesica, Servizio di Nutrizione Artificiale Domiciliare, Servizio Emotrasfusionale, Servizio trasporto ospedaliero.

c) Residenti, degenti in strutture di ricovero o a domicilio, necessitanti di attivazione di percorso di Cure palliative specialistiche (Hospice)

La COT-A:

-riceve le richieste di valutazione di idoneità all'accesso in Cure palliative specialistiche riferite ai pazienti di competenza territoriale. La valutazione è effettuata dall'équipe di cure palliative che, in caso di paziente rispondente ai requisiti previsti, autorizza l'accesso alla rete dedicata. Le richieste sono avanzate 1) dal TOH degli Ospedali Aziendali ed Extra-Aziendali (Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCSS, Presidi Ospedalieri delle altre ASL e Strutture di ricovero accreditate); 2) dal Medico di Medicina Generale/Pediatra Libera Scelta;

-registra le informazioni;

-inoltra la richiesta all'Hospice prescelto dalla famiglia, come da normativa regionale;

-comunica alla COT-D di residenza del paziente l'avvenuta presa in carico presso la struttura. In assenza di requisiti utili all'accesso alla rete di Cure palliative specialistiche, rinvia alla COT-D di residenza per l'individuazione di un diverso e maggiormente appropriato percorso assistenziale.

d) Soggetti, degenti in strutture di ricovero, non attribuibili ad alcun Distretto regionale necessitanti di percorso residenziale territoriale

In caso di cittadini stranieri, extracomunitari o europei senza residenza o non in regola con il permesso di soggiorno non eleggibili all'accesso alle strutture del sistema sociale per la loro non autosufficienza e non in possesso dei requisiti per l'accesso ai trattamenti residenziali non di emergenza/urgenza, la COT-A:

-riceve dal TOH della struttura di ricovero insistente sul territorio di competenza, la segnalazione del caso per la ricerca e condivisione del percorso assistenziale post-dimissione, in collaborazione con altri Servizi distrettuali/sovra-distrettuali, con gli Enti Locali e/o con altri Enti;

-segnala il caso al CR-COT, per il supporto nel coinvolgimento di altri Organi istituzionali.

Gestione centralizzata delle Liste di Attesa

Il governo delle liste di attesa ha l'obiettivo di assicurare equità e uniformità nell'accesso ai diversi setting assistenziali per cui vengono definite specifiche condizioni di priorità, per i setting assistenziali RSA e Cure Palliative Specialistiche. Dette condizioni, riferite alla prossimità territoriale, fragilità sociale e urgenza clinico/assistenziale, integrano il criterio cronologico di arrivo delle richieste avanzate dai clinici curanti tenendo conto dei criteri di eleggibilità di cui alla normativa regionale vigente per ciascuna tipologia. Entro 30 giorni dall'approvazione del presente documento viene attivata la loro sperimentazione.

Criteri di priorità per l'accesso all'Ospedale di Comunità saranno definiti successivamente.

Criteri di priorità per setting assistenziale

SETTING	PROSSIMITA'	p	FRAGILITA' SOCIALE	p	URGENZA CLINICO-ASSTENZIALE	P
RSA: Intensiva/Estensiva/ Estensiva Disturbi Cognitivo Comportamentali Gravi	Non vincolante, ma comunque preferibile se presenti familiari	0	Sì, in caso di persona a domicilio	1	Degente in Area critica di Ospedale certificata con non trasferibilità intraospedaliera in reparto a minore intensità assistenziale	1
					Urgenza documentata da UVMD in caso di persona a domicilio	2
RSA: Mantenimento	Sì (rapporto: 3 residenti nella ASL in cui insiste la struttura e 1 residente in altra ASL)	1	Sì	1	Variazione di setting/livello assistenziale	1
					Caso Covid-19 negativizzato in dimissione da nucleo covid (ospedaliero/territoriale) / Caso No Covid ospitato in RSA Estensiva Temporanea	1
Cure Palliative Specialistiche	Sì, in caso di CP residenziali	1	Sì, in caso di persona a domicilio	1	Variazione di setting/livello assistenziale	1
					Paziente a domicilio con aspettativa di vita < 30 giorni	2
					Paziente in ospedale con aspettativa di vita < 30 giorni	1

Lista unica aziendale RSA

La COT-A:

- gestisce, con lista unica, le richieste di accesso alle Residenze sanitarie assistenziali insistenti sul territorio aziendale, siano esse provenienti dagli Ospedali che dal Territorio. A tale scopo:
- riceve la documentazione riferita all'accesso presso le RSA di competenza, da parte della COT-D di residenza del paziente che ha esperito tutte le azioni necessarie (VMD, in accordo con i curanti ospedalieri se trattasi di paziente degente, acquisizione documentazione personale ed eventualmente integrazioni di ordine clinico e attestazione di priorità, laddove presente, come da eventuali procedure aziendali) e pone in lista di attesa il paziente per livello assistenziale;
- acquisisce quotidianamente dalle RSA la disponibilità dei posti residenza, articolati per livello assistenziale e per genere;
- monitora i tempi e la qualità di presa in carico da parte delle strutture.

Lista unica aziendale Cure Palliative Specialistiche

La COT-A:

- gestisce le richieste di accesso in Cure Palliative Specialistiche (domiciliari/residenziali) erogate dagli Hospice insistenti sul territorio di competenza aziendale, siano esse provenienti dal Territorio che dalle strutture ospedaliere. A tale scopo:
- riceve l'autorizzazione all'accesso effettuata dall'équipe di CP e pone il nominativo in lista di attesa;
- acquisisce quotidianamente dagli Hospice la disponibilità dei posti, articolati per regime assistenziale;
- monitora i tempi e la qualità di presa in carico da parte degli Hospice, per livello assistenziale.

Lista unica aziendale Ospedale di Comunità

La COT-A:

- gestisce le richieste di accesso in Ospedale di Comunità (OdC) insistente sul territorio di competenza. A tale scopo:
- riceve le segnalazioni dalla COT-D e dai TOH

- acquisisce quotidianamente dall'OdC la disponibilità dei posti letto
- monitora i tempi di presa in carico

Lista unica aziendale Riabilitazione Territoriale

I criteri di eleggibilità al trattamento riabilitativo territoriale sono stati definiti a livello regionale con il DCA n. 101/2020. Nella definizione della lista di attesa occorre tener conto non solo del criterio cronologico e del regime assistenziale, ma anche delle peculiarità della disabilità complessa, a partire dalla macro-articolazione in età evolutiva ed età adulta e in aree neuropsichica e neuromotoria. È necessario costruire un coordinamento delle attività di UVMD di livello aziendale (e sovrazionale) al fine di dare ordine al flusso ed alle priorità tra le domande di accesso ai servizi per la popolazione target.

6.4 La Centrale Operativa Distrettuale (COT-D)

La COT-D è istituita in ogni Distretto della ASL (almeno una), con il compito di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Essa può essere fisicamente inserita nella Casa della Comunità (CdC) con la quale è chiamata a integrarsi almeno funzionalmente e collabora direttamente con gli Infermieri di Comunità (IFeC) e con tutti i Servizi di presa in carico del territorio, specie con le *équipes* che erogano Assistenza domiciliare.

Funzioni: La COT-D svolge il ruolo di:

- coordinamento della presa in carico della persona;
- raccordo tra servizi distrettuali e i professionisti coinvolti nel percorso assistenziale e con il NEA 116117;
- governo delle attività di valutazione multidisciplinare e multidimensionale della persona, attribuita dalla normativa di settore vigente al Distretto di residenza, nonché di valutazione di secondo livello nel caso di soggetti che abbiano già effettuato una prima valutazione multidisciplinare all'interno della struttura ospedaliera di ricovero in relazione alla necessità di accesso ad altro setting assistenziale;
- individuazione dei bisogni clinici, funzionali e sociali nel caso di cure di transizione attivate dal territorio, sia in presenza di paziente con Piano di assistenza individuale che di paziente fragile non cronico ed occasionale e della relativa attivazione della filiera dei Servizi necessari;
- attivazione delle UCA per garantire continuità delle cure in casi ad alta complessità quando non sussistono condizioni operative di intervento di altre soluzioni organizzative.

Le ASL, in base alle specificità organizzative e alle peculiarità del proprio territorio, possono definire funzioni specifiche all'interno della COT-D.

Connessioni: La COT-D, dotata di adeguati supporti informativi, è connessa, in maniera costante, strutturata e operativa con:

- COT-A, nella gestione operativa dei processi *step-down* e *step-up* nel caso di accesso a servizi non distrettuali o per i quali è prevista la lista di attesa unica;
- Casa della Comunità (CdC) e Infermiere di Comunità (IFoC);
- Punto Unico di Accesso (PUA);
- Servizio di Assistenza Domiciliare (CAD) e altri Servizi di presa in carico del territorio;
- Unità di Continuità Assistenziale (UCA);
- Unità Operative Ospedaliere dei PP.OO. aziendali per la gestione di competenze specifiche nel caso fossero necessarie per la gestione a domicilio del paziente;
- Numero Unico Europeo 116117 (NEA)

Inoltre, ogni COT-D, secondo organizzazione aziendale, può definire rapporti strutturati con i Servizi che hanno funzione di supporto alla presa in carico territoriale, in particolare: Servizio Farmaceutico

Ospedaliero/Territoriale, Servizio di Assistenza protesica, Servizio di Nutrizione Artificiale Domiciliare, Servizio Emotrasfusionale, Servizio trasporti ospedalieri.

Nelle fasi di avvio del nuovo modello erogativo, potranno svilupparsi forme di interdipendenza tra gli interventi dell'IFoC e dell'infermiere COT, a tal punto da considerare queste figure come parte di un insieme unitario capace di assicurare, soprattutto all'inizio del processo di cambiamento, un impatto efficace sulla popolazione.

Le segnalazioni alla COT-D possono riguardare sia situazioni di persone a domicilio (comprendendo nel domicilio anche Case Famiglia, Comunità Alloggio, Case di riposo...) oppure *on the road*. Le segnalazioni pervengono:

- dai MMG/PLS;
- dagli operatori dei Servizi distrettuali;
- dalla COT-A;
- dai Servizi sociali degli Enti Locali;
- dalla Prefettura;
- dal PUA;
- da altre Istituzioni del territorio.
- NEA 116117

Composizione: Secondo le indicazioni del DM 77/2020 la COT-D dovrebbe essere composta da 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di personale di supporto per ogni COT (variabili secondo caratteristiche di popolazione e orografia del territorio). La COT-D opera 7 giorni su 7, con orari definiti secondo l'organizzazione aziendale.

Strumenti: SIATeSS, FSE, strumenti di telemedicina come previsto dalla vigente normativa di riferimento.

Principali linee di attività: le principali linee di attività della COT-D sono rappresentate da:

- Attivazione percorso ADI per pazienti di competenza territoriale in dimissione da PP.OO. di ASL e provenienti da domicilio
- Attivazione Unità di Continuità Assistenziale (UCA)
- Interazione PUA/Servizi Comunali-Municipali/Enti Terzo Settore

[Attivazione percorso ADI per pazienti di competenza territoriale in dimissione da PO di ASL o a domicilio](#)

La COT-D:

- riceve le richieste di attivazione ADI per i pazienti residenti/domiciliati sul territorio di competenza: dal TOH dei Presidi Ospedalieri Aziendali, dal Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta, dalla COT-A di residenza del paziente in caso di dimissione da strutture extra-aziendali
- laddove ritenuto necessario, provvede alla composizione della UVMD con le figure necessarie (compreso MMG/PLS) e programma la valutazione, coordinando i diversi Servizi distrettuali interessati dallo specifico bisogno del paziente e raccordandosi con l'équipe curante della struttura di ricovero, la VMD deve essere effettuata entro le 48 ore lavorative dalla richiesta;
- comunica la data della valutazione al caregiver/paziente;
- attiva (o segnala alla COT-A, se previsto dall'organizzazione aziendale), gli eventuali servizi a valenza aziendale necessari alla presa in carico individuati in corso di valutazione;
- registra le informazioni relative alla presa in carico in ADI del paziente;
- riceve dal PUA eventuali segnalazioni di attivazione di assistenza domiciliare presentate allo stesso direttamente dall'assistito; in tal caso la COT-D riporta la necessità al MMG/PLS per la concreta definizione del percorso ed eventuale attivazione.

[Attivazione Unità di Continuità Assistenziale \(UCA\)](#)

L'UCA viene attivata dalla COT-D anche su segnalazione del TOH, del MMG/PLS, dell'IFeC, del NEA

L'UCA è un'équipe mobile che interviene:

- quando non è possibile attivare prontamente interventi di assistenza domiciliare per supportare i passaggi di setting da ospedale per acuti a domicilio;
- come supporto al MMG/PLS e al Distretto, in coordinamento con la Continuità assistenziale, per gestire a domicilio problematiche di particolare complessità che necessitano di interventi clinici o diagnostici non differibili (ecografie, trasfusioni, terapie infusionali, ecc.) nelle more dell'intervento di presa in carico operativa dei servizi domiciliari.

Interazione PUA/Servizi Comunali-Municipali/Enti Terzo Settore

La COT-D:

- riceve le richieste di valutazione congiunta da parte della COT-A /Servizi Comunali e Municipali, anche per il tramite del PUA;
 - coordina gli incontri tra i professionisti dei servizi distrettuali e sociali anche mediante gli strumenti ICT per il teleconsulto/teleconsulenza;
 - coordina l'intervento degli Enti del Terzo Settore e del Volontariato anche per il tramite del PUA;
 - informa e coinvolge il caregiver/paziente ed organizza le VDM da remoto per gli assistiti già in carico ai servizi;
 - registra le informazioni relative alle valutazioni;
- attiva la COT-A per gli eventuali ulteriori servizi individuati durante la VMD, qualora previsto dall'organizzazione aziendale.

6.5 Coordinamento regionale delle COT (CR-COT)

Nell'ambito della nuova rete di sistema, per consentire il raggiungimento di risultati efficaci e di risposte flessibili e appropriate ai bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini, è richiesta una funzione di coordinamento, verifica e governo strategico dei processi di transizione. A tal scopo con la DGR Lazio n. 643/2022 è stato istituito il Coordinamento regionale COT (CR-COT); Esso si configura come funzione operativa dell'ARES 118 che svolge un servizio regionale di sistema, integrata con le altre funzioni assistenziali, ivi compreso il numero 116117. Il CR-COT ha il ruolo di programmazione e gestione sovra-aziendale di percorsi organizzativi e assistenziali condivisi con le Centrali Operative Aziendali finalizzati a facilitare la continuità e la tempestività della presa in carico utilizzando le risorse dell'intero sistema sanitario regionale (Determinazione regionale n. G10994 del 25 settembre 2020)

Funzioni: Il CR-COT svolge le seguenti principali funzioni:

- sviluppo e omogeneizzazione dei modelli e strumenti (anche di valutazione) nell'ambito dei percorsi nella rete dei servizi;
- monitoraggio e analisi dei processi per l'individuazione delle priorità programmatiche e delle azioni da attuare/implementare;
- definizione di programmi di miglioramento;
- realizzazione di relazioni con Enti Istituzionali per la risoluzione di problematiche connesse alle criticità socio-assistenziali;
- gestione tempestiva delle emergenze regionali (solo in situazioni emergenziali definite dalla Regione)

Connessioni: Il CR-COT, raccoglie periodicamente (ogni sei mesi) informazioni sui modelli e sui flussi di transizione per ciascuna ASL grazie a modelli di monitoraggio sulle relazioni tra COT-A e TOH.

Composizione: Il CR-COT è composto da un gruppo multiprofessionale formalmente identificato con competenze in ambito organizzativo assistenziale e sociale, che periodicamente (ogni sei mesi) opera il monitoraggio e la valutazione dei processi di transizione. In caso di emergenza di livello

regionale, presidia le funzioni di coordinamento della filiera dei servizi target attraverso una o più COT-A appositamente identificate.

Strumenti: Incontri strutturati con le COT-A e i TOH, coinvolgimento periodico dei referenti della Sanità partecipata e impiego di esperti su temi specifici di particolare rilevanza o complessità.

Principali linee di attività: Le principali linee di attività del CR-COT sono rappresentate da:

- Coordinamento delle COT-A
- Formazione e Benchlearning
- Monitoraggio delle Liste di Attesa dei setting di post-acuzie
- Supporto alla gestione di servizi che risultano complessi nell'accesso su scala regionale
- Emergenze sanitarie regionali

Coordinamento delle COT-A

L'attività di coordinamento è finalizzata a:

- sviluppare e omogeneizzare modelli e strumenti sui percorsi della persona nella rete dei servizi;
- individuare le *best practice* adottate dalle ASL e fornire supporto alla loro implementazione;
- monitorare i percorsi assistenziali con la redazione di report semestrali da diffondere, con modalità strutturate, a tutti gli attori della Rete;
- elaborare il programma annuale di miglioramento, coerente con la revisione dei risultati del monitoraggio.

Formazione e Benchlearning

Il nuovo modello richiede l'attuazione di un processo formativo continuo che adotti un approccio olistico interdisciplinare. Il CR-COT provvede a:

- rilevare i bisogni formativi della Rete;
- progettare e organizzare la formazione per gli operatori delle tre tipologie di "nodi" e per i professionisti coinvolti nella filiera assistenziale;
- promuovere l'attività di *benchlearning*, poiché il sistema di *audit e feedback* consente attraverso l'apprendimento esperienziale l'individuazione di prassi e strategie orientate a migliorare le performance e la capacità di *problem solving* e misurare efficacia e efficienza dei processi con l'utilizzo di indicatori condivisi;
- identificare le priorità di programmazione, le proposte di reingegnerizzazione dei processi e l'omogeneizzazione degli strumenti operativi e gestionali per il patient journey.

Monitoraggio liste d'attesa setting post-acuzie

Il fenomeno delle liste di attesa nel setting della post-acuzie determina, per il sistema sanitario, allungamento dei tempi di degenza e minor turnover nei reparti per acuti e, per il paziente, compromissione dell'accessibilità nel livello assistenziale appropriato, con ricadute sull'efficacia della cura. Il CR-COT, ricevendo dal TOH e dalle COT-A, report semestrali riportanti i dati riferiti alle richieste di cambio setting (Id utente, Data richiesta, Setting richiesto, Struttura/e richieste, Data trasferimento, Struttura accettante), è in grado di:

- monitorare i tempi di presa in carico delle strutture;
- individuare i nodi critici e condividere le relative ipotesi migliorative/solutive con i TOH e le COT-A
- definire indicatori specifici al fine di valutare l'efficacia delle soluzioni adottate

Supporto alla gestione di servizi che risultano complessi nell'accesso su scala regionale

La modifica del contesto demografico e sociale, oltre che epidemiologico, ha reso evidente la presenza di situazioni particolarmente complesse in cui fragilità cliniche sono unite a quelle sociali per le cui risoluzioni è richiesto l'apporto di altri Enti istituzionali. Il CR-COT provvede a:

- raccogliere le criticità rappresentate dai TOH e dalle COT-A;
- supportare la individuazione delle casistiche complesse su scala sovra-aziendale;
- strutturare relazioni formali con Enti Istituzionali per la risoluzione di problematiche connesse alle criticità socio-assistenziali.

Emergenze sanitarie regionali

La gestione delle emergenze sanitarie necessita di azioni coordinate adeguate a fronteggiare e contenere l'evento attraverso decisioni organizzative e funzionali all'interno di una rete di sistema in grado di fornire risposte rapide, flessibili, efficaci ed appropriate ai bisogni della popolazione interessata dall'evento nonché percorsi operativi certi per tutti gli attori coinvolti.⁴

⁴ Per far fronte alla pandemia da SARS-CoV-2, a partire dal 2020 e fino al termine del periodo emergenziale, la Direzione Salute ed integrazione sociosanitaria dell'Assessorato alla Salute ha disposto la gestione centralizzata degli accessi di specifiche popolazioni a strutture "transitorie" o "intermedie" appositamente organizzate. Inoltre, nell'ambito dell'emergenza pandemica, è stato attivato il NEA 116117 (Numero verde Covid 800118800) quale supporto delle Aziende Sanitarie Locali nelle attività di monitoraggio clinico e di collegamento con i servizi territoriali dedicati (strutture sanitarie, SISP, centri vaccinali e centri di riferimento per terapie specifiche)

Tale modalità organizzativa ha consentito di rispondere tempestivamente ed in modo omogeneo alle esigenze di supporto provenienti da Ospedali e Territori con ricadute positive in termini di (a) riduzione dei tempi di degenza e maggior turnover nei reparti per acuti, (b) tutela delle persone fragili, anche in sinergia con gli Enti Locali, (c) rafforzamento delle interconnessioni nell'ambito della rete assistenziale.

L'esperienza acquisita, ovvero l'esperienza della centralizzazione del flusso dei pazienti, con i necessari aggiustamenti, al fine di assicurare il potenziamento delle capacità di risposta territoriale, sarà applicabile in caso di ulteriori, eventuali emergenze sanitarie regionali o pandemiche.

APPENDICE

I PROCESSI ASSISTENZIALI - Tabelle di sintesi

Percorso	UU.OO.	TOH Struttura di ricovero per acuti	COT-A	COT-D	TOH Erogatore (se coinvolto)
Dimissione da ospedale/strutture di ricovero per acuti verso setting Post-acuzie (COD.56-COD.60-COD.28-COD.75), Riabilitazione Territoriale Estensiva	Definisce la richiesta secondo criteri di eleggibilità	- Riceve la richiesta di cambio setting con modulistica di riferimento - Verifica la completezza e, ove necessario, acquisisce informazioni sui bisogni socio-assistenziali - Attiva la continuità farmaco-terapeutica - Trasmette la richiesta all'erogatore del setting individuato, inviando contestualmente a COT-A - Riceve la nota di accettazione dall'erogatore, con data presunta di trasferimento o di non accettazione motivata - Organizza il trasferimento - Comunica l'avvenuto trasferimento alla COT-A o segnala alla COT-A le eventuali difficoltà nel reperimento soluzione assistenziale	- Riceve da TOH: - il modulo di richiesta di cambio setting - la comunicazione di avvenuto trasferimento nel setting richiesto o la segnalazione di rifiuto ricovero - Inoltra il nominativo alla COT-D di residenza	Riceve da COT-A l'informazione sul proprio residente, per la eventuale definizione di un successivo percorso	- Comunica a TOH: - l'accettazione del pz con data presunta di trasferimento - la non accettazione motivata
Pazienti Fragili degenti in Ospedale per acuti	Segnala la "dimissione difficile" al TOH	- Riceve la segnalazione e Attiva la VMD Ospedaliera - Si coordina con COT A per la VMD di II livello - Trasferisce le informazioni alla COT A concordando formati, contenuti e strumenti della segnalazione	- Riceve la segnalazione e la richiesta di cambio di setting dal TOH - Riceve richiesta di VMD di II livello <u>Se pz. non attribuibile ad alcuna ASL</u> - Prende in carico il caso in collaborazione con l'Ente Locale o altri Organi Istituzionali <u>Se pz. residente</u> - Inoltra la richiesta di VMD alla COT-D di competenza	- Riceve la richiesta dalla COT-A per pz residente - Effettua la VMD - Prende in carico il caso coordinandosi con i Servizi municipali o ad altri Organi istituzionali per la definizione del percorso di dimissione nel setting maggiormente appropriato	-

Percorso		UU.OO.	TOH Struttura di ricovero per acuti	COT-A	COT-D	TOH Erogatore
Attivazione ADI "pz. ricoverato"	<u>Paziente degente in P.O. di ASL</u>	Definisce la richiesta (SIATeSS)	- Riceve la richiesta e la valida (attraverso SIATeSS) - Invia a COT-D (attraverso SIATeSS) - Richiede la VMD, in casi di particolare complessità,	- Visualizza la richiesta (attraverso SIATeSS) - Attiva i servizi di supporto alla presa in carico, laddove previsto dalla organizzazione aziendale	- Prende in carico la richiesta di ADI (attraverso SIATeSS) - Effettua la VMD, laddove ritenuto necessario - Predisporre il PAI - Registra le informazioni sul SI regionale - Attiva i servizi di supporto alla presa in carico, laddove previsto dalla organizzazione aziendale	Esegue il PAI del pz, qualora affidato
	<u>Paziente. degente in Struttura Extra- aziendale</u>	Definisce la richiesta (SIATeSS)	- Riceve la richiesta e la valida (attraverso SIATeSS) - Invia a COT-A della ASL di residenza del pz. (attraverso SIATeSS) - Richiede, la VMD in casi di particolare complessità	- Inoltra richiesta a COT-D di competenza (attraverso SIATeSS) - Attiva i servizi di supporto alla presa in carico, laddove previsto dalla organizzazione aziendale	- Riceve dalla COT-A: - la richiesta di ADI (attraverso SIATeSS) - la richiesta di VMD in casi di particolare complessità - Effettua la VMD, laddove ritenuto necessario - Predisporre il PAI - Registra le informazioni sul SI regionale - Attiva i servizi di supporto alla presa in carico, laddove previsto dalla organizzazione aziendale	
Attivazione ADI "pz. a domicilio"		-	-	-	- Riceve la richiesta dal MMG/PLS - Organizza la VMD, ove necessario - Informa il caregiver della data di effettuazione della eventuale VMD - Predisporre il PAI - Registra le informazioni sul SI regionale - Attiva i servizi di supporto alla presa in carico, come da organizzazione aziendale	

Percorso	UU.OO.	TOH Struttura di ricovero	COT-A	COT-D	TOH Erogatore
Attivazione Hospice "pz. ricoverato"	Definisce la richiesta secondo criteri eleggibilità	- Riceve la richiesta con modulistica di riferimento - Verifica la completezza e, ove necessario acquisisce ulteriori informazioni su bisogni assistenziali; - Inoltra la richiesta per la valutazione di idoneità alla COT-A della ASL di residenza del pz;	- Effettua la valutazione di idoneità all'accesso in CP Spec. mediante équipe specifica - Riceve l'autorizzazione all'accesso in CP Specialistiche nell'Hospice già individuato dalla famiglia e con posto disponibile, - Organizza il trasferimento <u>Se pz idoneo:</u> - Autorizza l'accesso - Invia la richiesta all'Hospice individuato dalla famiglia e, contestualmente, al TOH richiedente - Riceve comunicazione di accettazione con presunta data di ingresso o di non accettazione motivata - Registra le informazioni - Se posto non disponibile, inserisce il nominativo in Lista di attesa, informando la famiglia ed il TOH richiedente <u>Se pz non idoneo:</u> - Informa il TOH richiedente - Informa la famiglia - Attiva la COT-D per la individuazione di altro setting assistenziale	Riceve da COT-A la richiesta di individuazione di setting assistenziale diverso da CP Spec, in caso di pz valutato come non idoneo	- Comunica a COT-A: - la disponibilità di posto, per regime assistenziale, quotidianamente - l'accettazione del pz e la data di presunto ingresso - l'eventuale non accettazione motivata - Concorda con la famiglia la tempistica e la modalità di ingresso e, se pz degente, anche con il TOH dell'Ospedale
Attivazione Hospice "pz. a domicilio"			- Riceve la richiesta dal MMG/PLS con modulistica di riferimento - Effettua la valutazione di idoneità all'accesso in CP Spec. mediante équipe specifica <u>Se pz idoneo:</u> - Autorizza l'accesso - Invia la richiesta all'Hospice individuato dalla famiglia - Riceve comunicazione di accettazione con presunta data di ingresso o di non accettazione motivata - Comunica con la famiglia - Informa il MMG/PLS richiedente - Registra le informazioni - Se posto non disponibile inserisce il nominativo in Lista di attesa, informando la famiglia ed il MMG/PLS <u>Se pz non idoneo:</u> - Informa il MMG/PLS richiedente - Informa la famiglia - Attiva la COT-D per la individuazione di altro setting assistenziale	Riceve la richiesta di individuazione di setting assistenziale diverso da CP Spec, in caso di pz valutato come non idoneo	

Percorso		UU.OO.	TOH Struttura di ricovero per acuti	COT-A	COT-D	TOH Erogatore
Attivazione Residenzialità territoriale (RSA) "pz ricoverato"	<u>Pz residente degente in PO aziendale</u>	Definisce la richiesta	- Riceve la richiesta su modulistica di riferimento - Verifica la completezza - Acquisisce la documentazione personale ed eventualmente le integrazioni di ordine clinico e l'attestazione di priorità, laddove presente, come da procedure aziendali - Organizza la VMD ospedaliera - Invia la documentazione acquisita/predisposta alla COT-D di residenza per la valutazione di II livello	- Acquisisce le richieste di trasferimento dal TOH - Acquisisce quotidianamente dalle RSA insistenti sul territorio di riferimento la disponibilità dei posti residenza - Riceve dalla COT-D: - l'autorizzazione all'accesso, anche per il tramite del SI dedicato - la documentazione personale completa - Pone il nominativo in lista di attesa secondo il livello assistenziale esitato dalla valutazione	- Riceve la documentazione acquisita/prodotta dal TOH, - Effettua la VMD di secondo livello - Si relaziona con la famiglia e con i Servizi municipali, se necessario - Inserisce la valutazione nel SI dedicato - Invia alla COT-A: - l'autorizzazione per l'inserimento in lista di attesa, anche per il tramite del SI dedicato - la documentazione prevista, come da procedure aziendali	- Comunica a COT-A: - la disponibilità di posto residenza, per livello assistenziale e genere, quotidianamente - l'accettazione del pz e la data presunta di ingresso - l'eventuale non accettazione motivata
	<u>Pz residente degente in strutture extra- aziendali</u>	Definisce la richiesta	- Riceve la richiesta su modulistica di riferimento - Verifica la completezza - Acquisisce la documentazione personale ed eventualmente le integrazioni di ordine clinico e l'attestazione di priorità, laddove presente, come da procedure aziendali - Organizza la VMD ospedaliera - Invia la documentazione acquisita/predisposta alla COT-A per la valutazione del caso	- Acquisisce quotidianamente dalle RSA insistenti sul territorio di riferimento la disponibilità dei posti residenza - Inoltra alla COT-D la richiesta di VMD di II livello - Riceve dalla COT-D: - l'autorizzazione all'accesso, anche per il tramite del SI dedicato - la documentazione personale completa - Pone il nominativo in lista di attesa secondo il livello assistenziale esitato dalla valutazione	- Riceve la documentazione acquisita/prodotta dalla COT-A, - Effettua la VMD di secondo livello - Si relaziona con la famiglia e con i Servizi municipali, se necessario - Inserisce la valutazione nel SI dedicato - Invia alla COT-A: - l'autorizzazione per l'inserimento in lista di attesa, anche per il tramite del SI dedicato - la documentazione prevista, come da procedure aziendali	
	<u>Pz non attribuibili le ad alcuna ASL</u>	Definisce la richiesta	- Riceve la richiesta su modulistica di riferimento - Verifica la completezza - Acquisisce la documentazione personale ed eventualmente le integrazioni di ordine clinico e l'attestazione di priorità, laddove presente, come da procedure aziendali - Organizza la VMD ospedaliera - Invia la documentazione acquisita/predisposta alla COT-A per la valutazione del caso	- Riceve la richiesta di accesso in RSA dal TOH della struttura di ricovero - Si interfaccia con il TOH richiedente e con l'Ente Locale ed eventuali altri Organi Istituzionali per la definizione del possibile percorso assistenziale nei casi di specie - Segnala al CR-COT le situazioni complesse		

Percorso	UU.OO.	TOH Struttura di ricovero per acuti	COT-A	COT-D	TOH Erogatore
Attivazione Residenzialità territoriale (RSA) "pz a domicilio"	-	-	• Acquisisce quotidianamente dalle RSA insistenti sul territorio di riferimento la disponibilità dei posti residenza • Riceve dalla COT-D: - l'autorizzazione all'accesso, anche per il tramite del SI dedicato - la documentazione personale completa • Pone il nominativo in lista di attesa per livello assistenziale	• Riceve la richiesta dal MMG • Effettua la VMD • Si relaziona con la famiglia e con i Servizi municipali, se necessario • Inserisce la valutazione nel SI dedicato • Invia alla COT-A: - l'autorizzazione per l'inserimento in lista di attesa, anche per il tramite del SI dedicato - la documentazione prevista, come da procedure aziendali	• Comunica a COT-A: - la disponibilità di posto residenza, per livello assistenziale e genere, quotidianamente - l'accettazione del pz e la data presunta di ingresso - l'eventuale non accettazione motivata
Attivazione Ospedale di Comunità	• Definisce la richiesta	• Inoltra a COT-A la richiesta definita secondo criteri di eleggibilità	• Riceve la richiesta da: - TOH - COT-D • Acquisisce quotidianamente la disponibilità di posto letto dall'OdC, per genere • Pone il nominativo in lista di attesa	• Definisce la richiesta e la inoltra a COT-A	• Comunica a COT-A: - la disponibilità di p.l., per genere, quotidianamente - l'accettazione del pz con data presunta di ingresso - la non accettazione motivata
Attivazione UCA	• Richiede l'attivazione	• Riceve la richiesta di attivazione		• Riceve la richiesta • Attiva l'UCA, qualora non attivabili tempestivamente gli interventi di assistenza domiciliare oppure per gestire a domicilio problematiche di particolare complessità necessitanti di interventi clinici e diagnostici non differibili	

Cambio setting degenti in strutture di post-acuzie/Riabilitazione Territoriale Estensiva				
Percorso	UU.OO. post-acuzie/ Riab. Terr. Estensiva	TOH Erogatore	COT-A	COT-D
<u>Dimissione da Post-acuzie/ Riab. Terr. Estensiva.</u>	Definisce la richiesta secondo criteri di eleggibilità	- Riceve informazioni circa l'iter post-dimissione eventualmente già programmato dalla COT-A/COT-D - Acquisisce, se necessario, ulteriori informazioni sui bisogni assistenziali - Inoltra la richiesta di VMD: - a COT-A di residenza del pz - a COT-A di riferimento territoriale della struttura in caso di pz non attribuibile ad alcun Distretto	- Riceve la richiesta di VMD dal TOH <u>Se pz. residente</u> - Inoltra la richiesta di VMD alla COT-D di competenza - Riceve l'esito della VMD - Inserisce in Lista di attesa, se attiva per il setting individuato dalla COT-D, informandone il TOH richiedente <u>Se pz. non attribuibile ad alcuna ASL</u> - Prende in carico la situazione per la definizione delle criticità in collaborazione con l'Ente Locale o altri Organi Istituzionali - Segnala al CR-COT, se situazione complessa	- Riceve la richiesta per pz residente dalla COT-A - Effettua la VMD e prende in carico il paziente - Segnala ai Servizi municipali o ad altri Organi istituzionali, se necessario - Inoltra a COT-A l'esito della VMD e la documentazione per inserimento in lista di attesa, se prevista dal setting individuato - Prende in carico il pz per altre tipologie assistenziali individuate, informandone il TOH richiedente
Percorso Territorio/Ospedale Non emergenza				
Recente ricovero in acuzie	la Centrale Territoriale (COT-A/COT-D) richiedente: - collabora con il TOH dell'Ospedale dimettente per la programmazione delle procedure eseguibili nella medesima struttura - verifica l'attuazione della procedura programmata e il rientro nel setting assistenziale di provenienza nella tempistica stabilita.			
Non recente ricovero in acuzie	la Centrale Territoriale (COT-A/COT-D) richiedente: - collabora con il TOH delle Strutture Ospedaliere di riferimento territoriale per la programmazione delle procedure eseguibili - verifica l'attuazione della procedura programmata e il rientro nel setting assistenziale di provenienza nella tempistica stabilita.			

B) RAPPRESENTAZIONI GRAFICHE

Di seguito la sintetica rappresentazione grafica del modello organizzativo regionale, con la declinazione dei flussi del processo di transizione dall'Ospedale al Territorio e dal Territorio all'Ospedale, ed evidenza dei 3 nodi intermodali quali centri decisionali (TOH, COT-A e COT-D) e delle interconnessioni con i diversi attori dei processi assistenziali.

Fig. 1 - Modello Organizzativo regionale

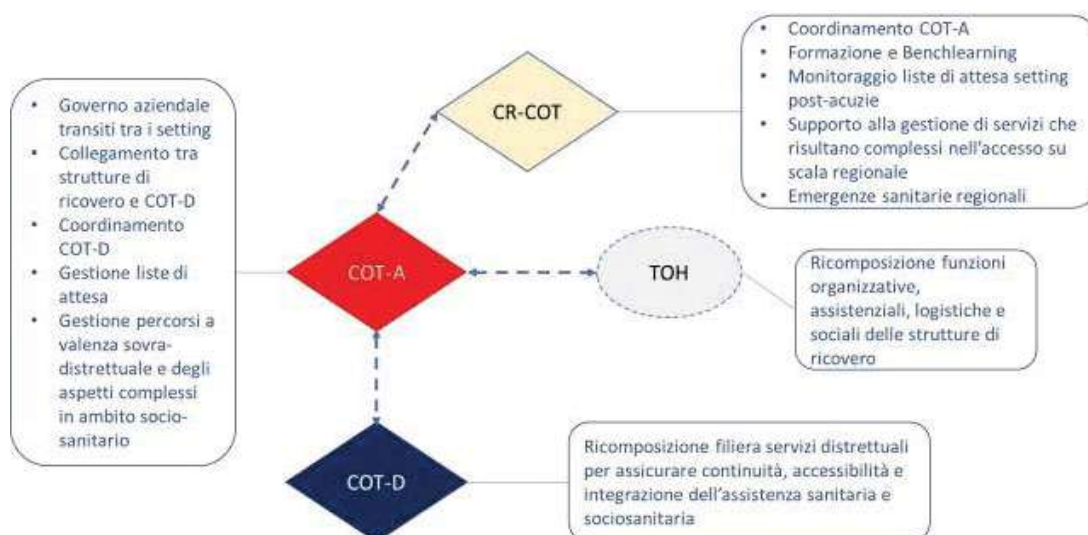


Fig. 2 – Flusso Ospedale Territorio: visione d'insieme

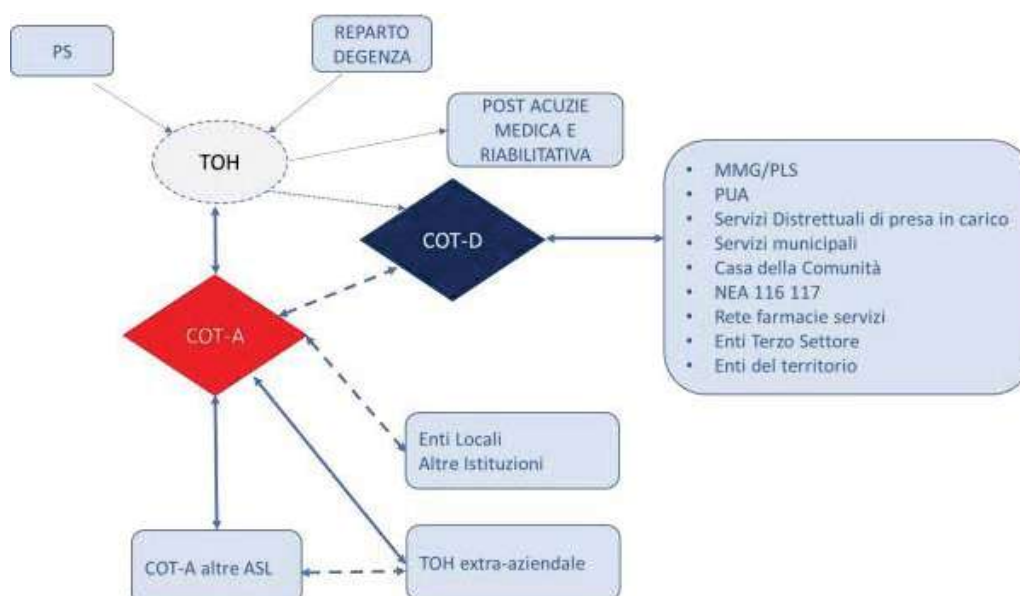


Fig. 3 – Flusso Territorio Ospedale – Non emergenza: visione d’insieme

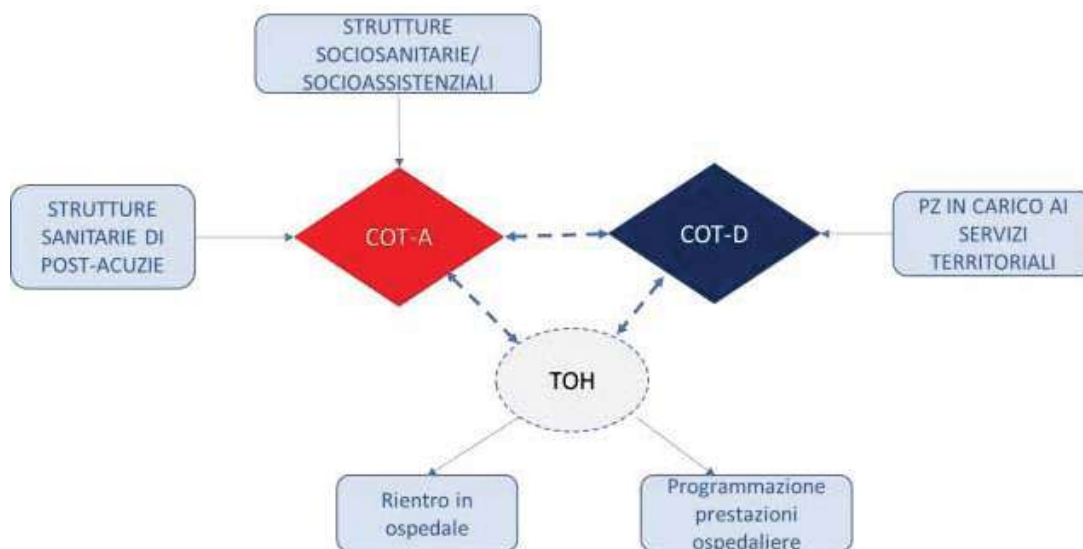


Fig. 4 – Flusso di ricovero in post-acuzie e riabilitazione territoriale estensiva

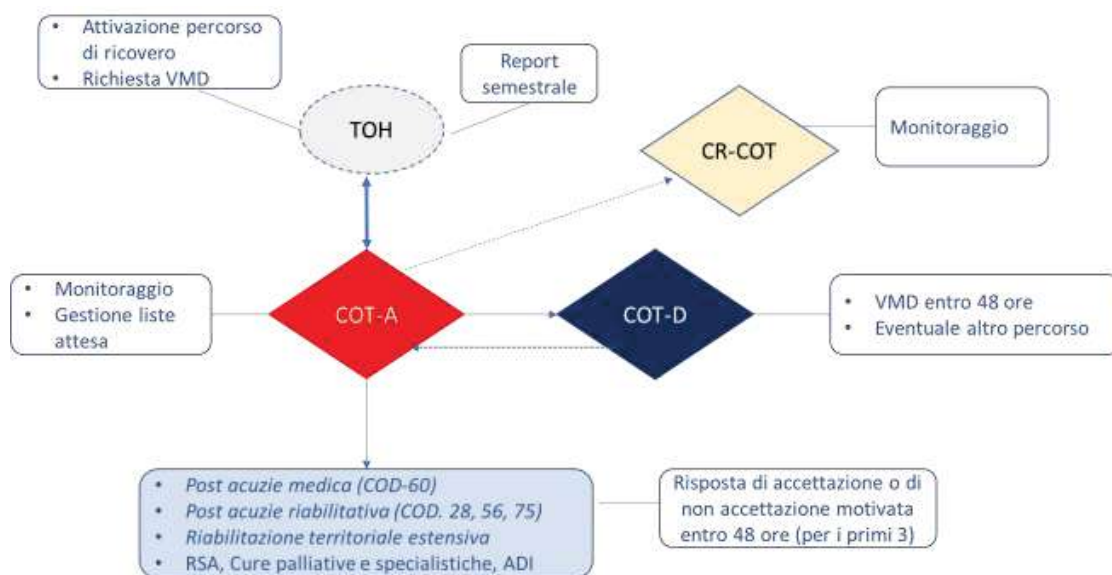


Fig. 5 - Flusso pazienti fragili in dimissione da strutture di ricovero

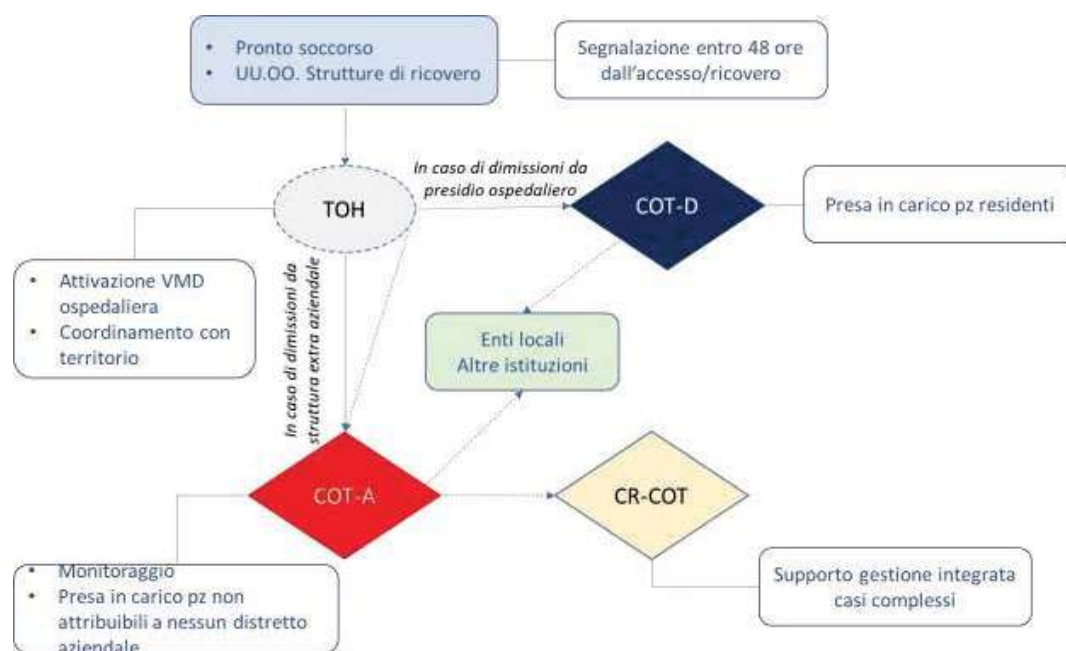


Fig. 6 – Flusso attivazione percorso di Cure palliative specialistiche

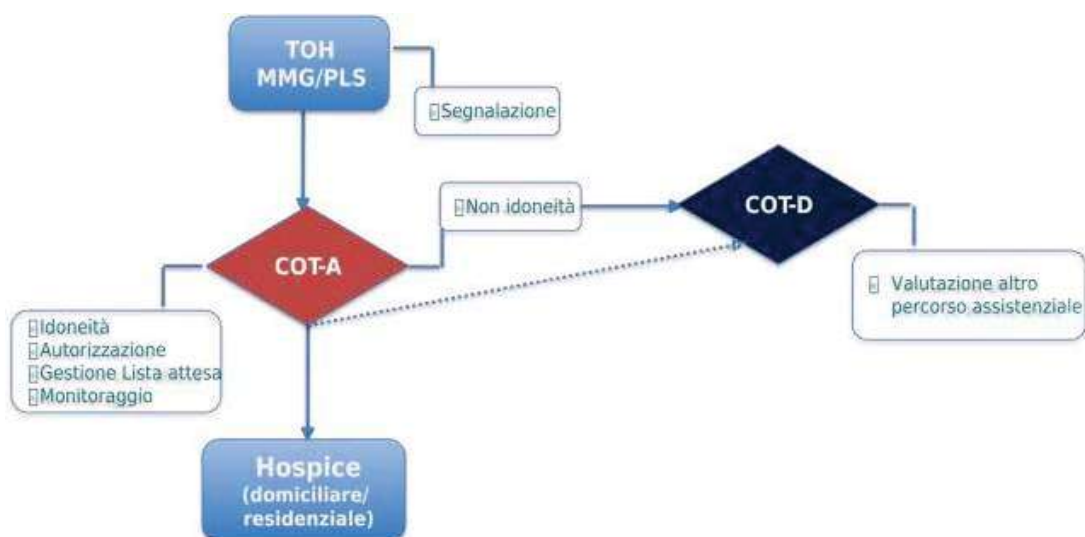
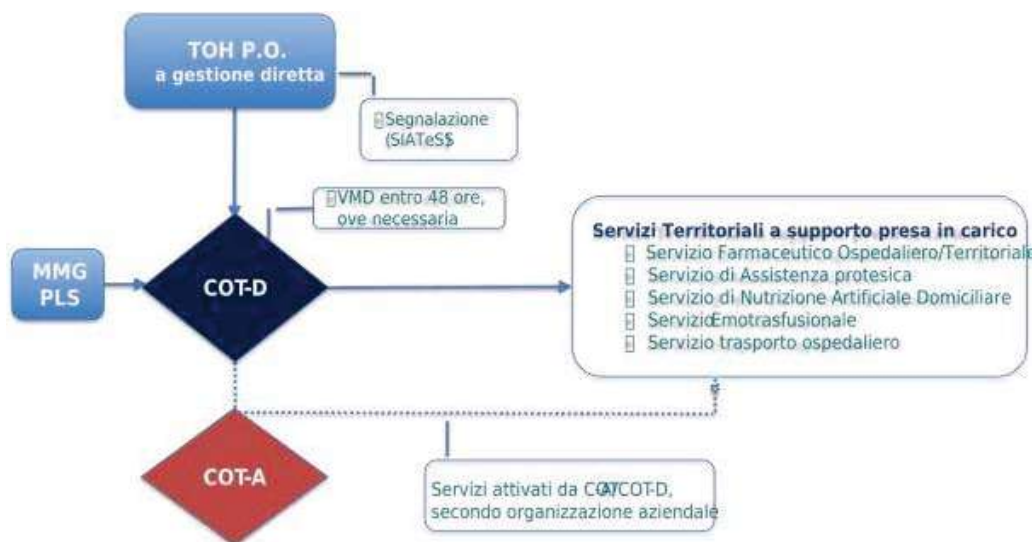


Fig. 7 – Flusso attivazione percorso Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

7.a - Paziente degente in Presidio Ospedaliero a gestione ASL o a domicilio



7.b - Paziente degente in Struttura di ricovero extra aziendale

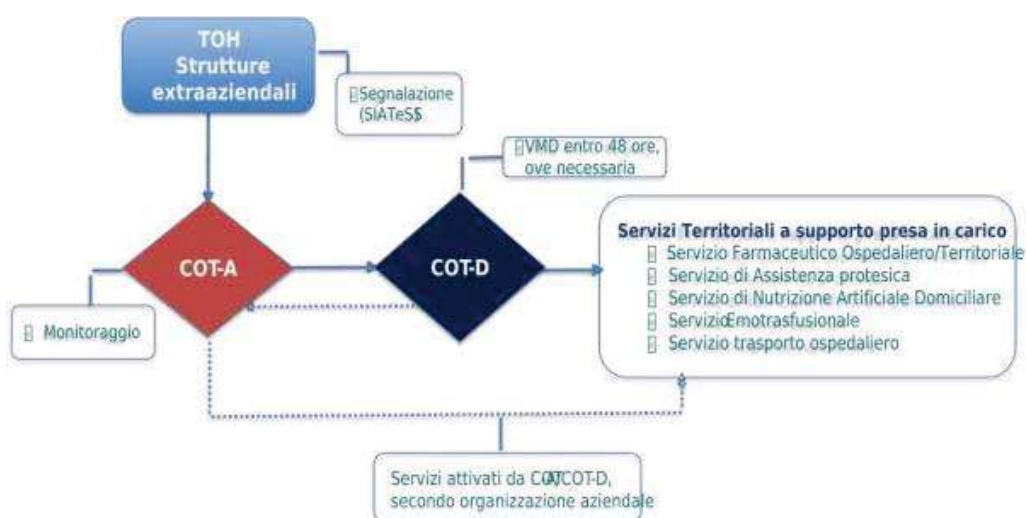
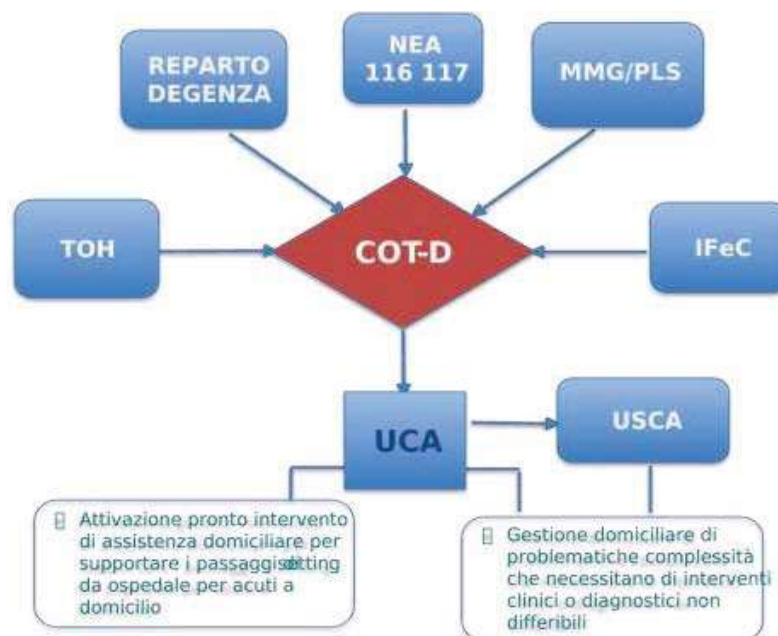


Fig. 8 – Flusso attivazione Unità di Continuità Assistenziale (UCA)



Autori del documento

Gruppo di lavoro regionale

(Determinazioni n. GR3900-13 del 6 settembre 2021, n. G01802 del 22/02/2022, n. G03633 del 28/03/2022 e n. G14215 19/10/2022)

Alessio D'Amato - Assessore regionale alla Sanità e Integrazione Socio-Sanitaria

Massimo Annicchiarico - Direttore regionale Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, Regione Lazio

Antonio Mastromattei - Dirigente Area Rete Integrata del Territorio, Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, Regione Lazio

Lucrezia Le Rose - Dirigente Area Patrimonio e Tecnologie, Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, Regione Lazio

Chiara Marinacci - Dirigente Area Ricerca, Innovazione, Trasferimento delle conoscenze e Umanizzazione, Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, Regione Lazio

Michelangelo Bartolo - Area Rete Integrata del Territorio, Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, Regione Lazio

Maurizio Stumbo – già Direttore Direzione Sistemi informativi, LAZIOCREA

Angelo Tanese - già Direttore Generale, ASL ROMA 1

Giorgio Casati - Direttore Generale, ASL ROMA 1

Pierpaola D'Alessandro – già Direttore Generale, ASL FROSINONE

Velia Bruno - Direttore Sanitario, ASL ROMA 5

Marina Davoli - Direttore Dipartimento di Epidemiologia del SSR, ASL ROMA 1

Antonella Leto - Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie, Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata

Gianni Vicario - Direttore UOC Valutazione dell'applicazione dei processi assistenziali e esiti di salute, ASL VITERBO

Gabriele Coppa – già Direttore UOC Sviluppo strategico ed organizzativo, ASL RIETI

Debora Angeletti - Direttore UOC Sistemi e tecnologie informatiche e di comunicazione, ASL ROMA 1

Teresa Lorena Di Lenola - Responsabile AROA Centrale di Continuità Assistenziale e PDTA, ASL LATINA

Sabrina Nardi - Consigliere Salutequità

Francesco Enrichens - Project Manager Progetto PON GOV Cronicità, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

In collaborazione con SDA Bocconi School of Management – CERGAS (Centro Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza sanitaria e sociale)

Valeria Tozzi - Associate Professor of Practice e Direttore Master MiMS ((Master in Management per la Sanità)

Angelica Zazzera - Junior Lecturer

Michela Bobini - Junior Lecturer

Rita Florio - Junior Lecturer

Federica Dalponte - Junior Lecturer

Con il contributo di:

Marina Davoli	Direttore Dipartimento Epidemiologia del SSR, ASL ROMA1
Antonella Leto	Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie, Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata
Antonio Mastromattei	Dirigente Area Rete Integrata del Territorio, Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, Regione Lazio
Barbara Porcelli	Direttore UOC Assistenza alla Persona, ASL ROMA 2
Giancarlo Tesone	Direttore UOC Distretto 6, ASL ROMA 2
Alessio Abbondanzieri	UOC Igiene e sanità pubblica, ASL ROMA 5
Antonio Andreozzi	Dirigente Bilancio e Finanza e Referente PNRR, ASL ROMA4
Andrea Barbara	UOC Gestione Flussi Informativi Sanitari e Analisi Processi Assistenziali, Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo, ASL ROMA1
Serenella Ballini	ASL ROMA1
Agnese Barsacchi	Direttore Infermieristico, ASL RIETI
Michelangelo Bartolo	Area Rete Integrata del Territorio, Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, Regione Lazio
Fabio Boldrini	Coordinatore Infermieristico, ASL ROMA2
Antonio Boncompagni	Direttore UOC Distretto 1, ASL RIETI
Luigia Carboni	Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie, ASL ROMA 5
Giuseppina Carreca	Direttore UOC Distretto 2, ASL LATINA
Gennaro Cerone	Dirigente Medico Direzione Sanitaria Aziendale, ASL ROMA 5
Fabrizio Ciaralli	Direttore UOC Distretto 5, ASL ROMA 2
Giuseppe Cimarello	Dipartimento per il governo dell'offerta e le cure primarie, ASL VITERBO
Tiziana Chiriaco	Responsabile UOS Telemedicina e governo unitario dei PUA, ASL ROMA3
Luisiana Colombo	Direttore Distretto, ASL ROMA 5
Valentino Coppola	Dirigente Infermieristico Area Territoriale, ASL LATINA
Annarita Crescenzi	ASL FROSINONE
Biagio D'Alessandro	UOS Cure Intermedie, ASL ROMA 6
Gian Loreto D'Alò	Dirigente Medico Distretto 6, ASL ROMA 2
Alessia De Angelis	UOC Servizio Infermieristico ed Ostetrico delle Cure Primarie, ASL ROMA 3
Rita De Giuli	ASL ROMA1
Camillo Giulio De Gregorio	Direttore UOC Distretto 2, ASL ROMA 1
Assunta De Luca	Direttore sanitario, ASL RIETI
Teresa Lorena Di Lenola	Responsabile AROA Centrale di Continuità Assistenziale e PDTA, ASL LATINA
Mirko Di Martino	Dipartimento Epidemiologia del SSR, ASL ROMA1
Rita Di Stefano	Direttore UOC ADI, ASL FROSINONE
Anna Federici	Direttore ff unità operativa Governo delle professioni sanitarie, ASL VITERBO
Angela Gabriele	Direttore Distretto D, ASL FROSINONE
Antonella Gemma	Direttore Assistenza Domiciliare, ASL ROMA 1
Simona Giacomini	ASL VITERBO
Ludovica Guerrieri	Dirigente UOSD Assistenza Riabilitativa, ASL ROMA 1

Stefania Iannazzo	Direttore UOC Direzione Medica Organizzativa, Area di Sanità Pubblica, ARES 118
Elettra Lazzaroni	Responsabile U.O.S. Valutazione e Controllo Appropriatelyzza Clinico Assistenziale, ASL VITERBO
Roberta Ledda	A.O. San Giovanni-Addolorata
Concetta Mamone	IFeC, ASL ROMA 4
Ruggiero Mango	Direttore UOC Casa Della Salute, Distretto 4 ASL ROMA2
Maria Grazia Martelli	ASL ROMA1
Cristina Matranga	Direttore generale, ASL ROMA4
Mauro Pitorri	Coordinatore Assistenza Infermieristica di comunità e Assistenza Domiciliare, ASL RIETI
Cristiana Pizzicannella	IFeC e Coordinatore Infermieristico, ASL ROMA 6
Luca Providenti	ASL RIETI
Cinzia Puleio	ASL ROMA 2
Sergio Ribaldi	Area Rete Ospedaliera e Specialistica, Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria, Regione Lazio
Laide Romagnoli	ASL LATINA
Francesca Romano De Angelis	Direttore Distretto, ASL LATINA
Annamaria Roscioni	Direttore UOD Centrale D'Ascolto, ARES 118
Marcello Russo	Direttore Dipartimento Assistenza Primaria e Cure Intermedie, ASL Frosinone
Deborah Scanzani	Direttore UOS Flussi Sanitari Istituzionali, ASL ROMA3
Andrea Sciarcon	ASL ROMA3
Maria Iolanda Spitaleri	Bed Management, Direzione Sanitaria Ospedale dei Castelli ASL ROMA6
Carlo Turci	Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie - ASL ROMA 4
Pierluigi Vassallo	Direttore Distretto Albano, ASL ROMA6
Maurizio Zega	Presidente OPI Roma
Anna Zoppegno	Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali, ASL ROMA1
Elisabetta Zuchi	ASL ROMA3



PNRR
Missione 6-Salute

Allegato 2

PRINCIPI E INDICAZIONI OPERATIVE PER FAVORIRE L'INCLUSIONE, L'EQUITÀ E LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

INDICE

1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO	3
2. PRINCIPI E TARGET	5
2.1 Indirizzi generali.....	5
2.2 Determinanti del bisogno sanitario e target delle azioni	6
3. AZIONI DI SISTEMA	8
3.1 La prevenzione e la promozione della salute attraverso il dialogo tra diversi settori	8
3.2 La pianificazione della risposta al bisogno	9
3.3 La transizione tra setting	9
3.4 Modelli di offerta nelle Aree Interne.....	11
3.5 La comunicazione	12
3.6 Strumenti aziendali per favorire l'equità nei propri processi.....	13
3.6.1. L'Health Equity Audit	13
3.6.2. La formazione sull'HEA	15
3.7 La co-progettazione e la co-produzione con cittadini e Associazioni.....	16
3.7.1. Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato	16
3.7.2. Strumenti per la realizzazione operativa.....	18
4. IL MONITORAGGIO DEGLI INTERVENTI MESSI IN ATTO	19
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	20

1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Nonostante i progressi dello stato di salute della popolazione avvenuti negli ultimi decenni, permangono differenze di salute tra aree geografiche e, all'interno di una stessa area, tra gruppi socioeconomici.¹ Sesso, genere, posizione socioeconomica, cittadinanza ed etnia sono associati a differenze di salute per fattori biologici e per fattori di rischio correlati ad aspetti culturali e ambientali. Quando le differenze rappresentano diversità di opportunità, conoscenze e risorse che potrebbero essere ridotte o prevenute da politiche ad hoc, tali differenze divengono ingiuste ed evitabili e, dunque, è legittimo parlare di disuguaglianze.^{2,3}

Come documentato nel recente rapporto regionale sulle disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria⁴, nella regione Lazio esistono disuguaglianze socioeconomiche nei fattori di rischio, dal fumo all'uso di alcol, dalla sedentarietà all'obesità o alle cattive abitudini alimentari. Esistono differenziali sociali nella mortalità e nella speranza di vita, principali indicatori dello stato di salute di una popolazione, lievemente aumentati nel biennio pandemico rispetto ai due anni precedenti. Le disuguaglianze nella mortalità causa-specifica o nella prevalenza delle maggiori patologie croniche riflettono, in una certa misura, i differenziali sociali nei fattori di rischio sottostanti. Tuttavia nel 2021, a livello nazionale, l'11,0% delle persone che avevano bisogno di visite specialistiche (escluse le visite dentistiche) o esami diagnostici ha dichiarato di averci rinunciato per problemi economici o legati alle difficoltà di accesso al servizio; questo fenomeno si acuisce con l'età (14,6% tra 55-59enni e 17,8% nella fascia con più di 74 anni) e si è incrementato tra i residenti in comuni centro dell'area metropolitana (si è passati dal 7,3% del 2019 al 12,8% nel 2021). Nel Lazio, sempre nel 2021, la quota di persone che ha rinunciato alle cure, pur avendone bisogno, è risultata superiore alla media nazionale e pari al 13,2%, con un aumento di circa 5 punti percentuali rispetto a due anni prima.⁵

La pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto maggiore sui gruppi di popolazione più svantaggiati.⁶ Sono stati documentati differenziali sociali nell'incidenza di infezione e nella mortalità a 30 giorni dall'infezione.⁷ La campagna di vaccinazione, pur avendo raggiunto quasi il 90% della popolazione alla fine del 2021, ha visto una minore adesione tra i più svantaggiati.⁸ Oltre agli effetti diretti della pandemia, anche quelli indiretti hanno colpito in maniera differenziale la popolazione.⁹ E' ben nota poi la contrazione dell'offerta generata dalla gestione pandemica e il conseguente rinvio di prestazioni specialistiche; tuttavia la produzione di prestazioni ambulatoriali nel primo semestre 2022, nel Lazio, risulta ancora distante da quella del 2019 (es. prime visite - 16,49%, visite di controllo -22,25%, specialistica ambulatoriale -10,93%).^{10, 11}

Oltre alle differenze per posizione socioeconomica, nel Lazio sono state registrate differenze nello stato di salute e nell'accesso ai servizi legate al genere¹². È noto come le donne abbiano una maggiore aspettativa di vita ma in condizioni di salute spesso peggiori rispetto agli uomini. In generale, molte patologie croniche sono più frequenti tra gli uomini ma presentano maggiori disuguaglianze per livello socioeconomico tra le donne. Patologie di grande rilevanza sanitaria e sociale, come le demenze, sono inoltre più frequenti tra le donne. Differenze per genere sono inoltre riportate negli indicatori di accesso ad alcuni servizi e negli esiti di salute, ma anche nella suscettibilità a fattori ambientali e nell'impatto della pandemia di COVID-19, con una maggiore incidenza tra le donne ma peggiori esiti negli uomini.

È opportuno infine richiamare le disuguaglianze in salute spesso osservate a svantaggio della popolazione straniera, la cui prevalenza nel Lazio è tra le più elevate d'Italia. Il 12% di tutta la popolazione straniera residente in Italia risiede infatti nel Lazio, dove rappresenta l'11% della popolazione residente. Il 95% degli stranieri residenti nel Lazio proviene da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM), Paesi caratterizzati da una elevata spinta attuale o potenziale ad emigrare per pressioni socioeconomiche, ambientali e politiche. Sebbene questa popolazione sia caratterizzata da una struttura per età più giovane rispetto a quella italiana, è noto come esistano barriere di varia natura che riducono le possibilità di accesso ai servizi sanitari, in particolare alle cure territoriali. Come ampiamente descritto nel rapporto regionale sulle disuguaglianze⁴, studi condotti nel Lazio su fonti informative sanitarie correnti hanno mostrato differenze e talvolta svantaggi nella popolazione straniera residente (nella città di Roma) rispetto alla popolazione italiana. Il ricorso al pronto soccorso, ad esempio, presenta caratteristiche differenti tra italiani e stranieri, questi ultimi vi accedono meno per codici gialli e rossi e maggiormente per codici bianchi e verdi, indice di minor accesso degli stranieri all'assistenza primaria e

specialistica. Anche nel corso della pandemia di COVID-19, sono state descritte differenze tra cittadini stranieri e italiani in termini di accesso al test, incidenza, ospedalizzazione, mortalità, vaccinazione. In particolare, si è registrato un eccesso di infezioni, ospedalizzazioni, ricoveri in terapia intensiva e decessi nelle fasi meno acute della pandemia e, considerando le ospedalizzazioni, di accessi in terapia intensiva e decessi, in particolare nei maschi giovani.

2. PRINCIPI E TARGET

2.1 Indirizzi generali

Con il superamento dell'emergenza COVID-19, la Regione Lazio, che già aveva conseguito alcuni importanti risultati nel contrasto di disuguaglianze nelle cure, ha voluto imprimere un nuovo impulso verso la promozione dell'equità nel SSR, anche nel solco della DGR n. 970/2021 di adozione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) che prevede l'implementazione di Azioni specifiche di promozione della salute e prevenzione orientate all'equità e alla salute di genere. In linea con le indicazioni nazionali, il PRP 2021-2025, che dal 2022 è declinato a livello locale attraverso i Piani Aziendali di Prevenzione (PAP), prevede infatti l'adozione dell'approccio dell'Health Equity Audit (HEA): una metodologia di programmazione finalizzata a verificare sistematicamente la presenza di iniquità nella salute, individuare le conseguenti azioni di prevenzione e contrasto e valutarne l'impatto. Il quadro di azioni e indirizzi che la Regione Lazio sta sviluppando per l'implementazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), per l'adozione dei modelli per lo sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022 e accompagnati dal PON GOV Cronicità, garantisce un'opportunità senza precedenti per ripensare, più in generale, il modello e l'organizzazione dei percorsi di prevenzione e cura che siano anche in grado di contrastare le disuguaglianze con interventi mirati.

Con la Determinazione n. G05812 del 12/05/2022, la Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria ha avviato un percorso volto a promuovere, nelle Aziende Sanitarie, una **sensibilità diffusa sull'equità** quale criterio con cui guidare, soprattutto nell'attuale fase di sviluppo del SSR, la revisione di scelte organizzative delle attività assistenziali. La sfida è quella di attivare modelli di valutazione e presidio dei processi, nell'ambito di ciascuna Macrostruttura organizzativa aziendale, tali da assicurare risposte commisurate al bisogno delle singole persone, con attenzione a fattori socioeconomici in grado di influenzare accesso ed esito degli interventi. Tale percorso si sviluppa a partire dai **Piani Aziendali per l'Equità nella salute e nei percorsi assistenziali (PAE)**, strumenti di programmazione generati in base all'analisi di criticità misurabili e all'esame di processi e snodi organizzativi aziendali in grado di incidere su meccanismi di generazione di disuguaglianze nei percorsi di prevenzione e cura.

I dati documentati nel recente rapporto regionale⁴ suggeriscono come, per favorire una salute meno disuguale, non basti assicurare un'opportunità di accesso ai livelli di tutela che sia uguale per tutti, in quanto rischi e bisogni si distribuiscono in modo disuguale: dunque l'accesso dovrebbe essere assicurato in misura proporzionale al bisogno. Il modello di SSR che contrasta le disuguaglianze e promuove equità nei processi, ispirandosi al principio di universalismo proporzionale¹³ è, dunque, quello dell'**universalismo personalizzato**, che dunque garantisce i livelli essenziali di assistenza modulandoli in base alla lettura integrata del bisogno individuale sanitario e sociosanitario, nella consapevolezza di quali componenti intervengano nel determinarlo; si tratta dunque di una declinazione dell'approccio verso la cosiddetta "medicina personalizzata". L'applicazione del principio di universalismo personalizzato presuppone l'adozione della "lente" dell'equità trasversalmente a tutte le discipline e da parte di tutte strutture organizzative aziendali, richiede cioè una diffusa sensibilizzazione sul tema a partire dalle Direzioni Strategiche delle Aziende; la sua reale affermazione si sviluppa attraverso la condivisione e la cooperazione tra professionisti, servizi, cittadini e attori sociali nell'intento di perseguirlo.

Va comunque considerato che una parte delle disuguaglianze di salute sopra documentate è spiegata da meccanismi noti che coinvolgono attori esterni al sistema salute: la povertà educativa è un noto determinante del rischio di adottare comportamenti insalubri; condizioni di lavoro più rischiose o stressogene connotano alcune categorie di lavoratori manuali o con minor controllo sulla propria mansione; i rischi ambientali connessi con l'impatto degli eventi climatici estremi si manifestano con effetti più severi sulla popolazione più vulnerabile e in presenza di fragilità del tessuto urbanistico; le persone con minori risorse sono più vulnerabili alle conseguenze sociali dell'esperienza di malattia^{14,15}. Questi meccanismi rimandano alla responsabilità delle politiche non sanitarie, quelle tese da un lato a creare pari opportunità di partenza e dall'altro ad aumentare le risorse e le capacità delle persone con meno mezzi a compensare le fragilità, oltre che quelle finalizzate a migliorare la qualità e la sostenibilità degli ambienti sociali ed urbanistico-architettonici di vita e di lavoro^{16,17,18}. È necessario, dunque, che il sistema di risposta al bisogno dialoghi con tutti gli attori istituzionali e sociali che

hanno influenza sulla salute delle comunità e dei singoli individui ed è opportuno che interpellino tutti i settori delle politiche locali, tenuto conto che le ricadute delle rispettive politiche poggiano, per una quota consistente, sul Servizio Sanitario. Non si tratta, dunque, soltanto di rafforzare il rapporto tra sociale e sanitario nell'ambito dell'assistenza, quanto piuttosto di **mettere al centro delle politiche la salute**, a tutti i livelli delle amministrazioni, da quello di indirizzo e direzione, fino alla pratica quotidiana delle professioniste e dei professionisti, indossando le **lenti dell'equità** ciascuno per il proprio ruolo ed il proprio mandato. La salute, infatti, permette di "leggere" l'efficacia di politiche apparentemente distanti dall'ambito sanitario anche in ottica di "co-beneficio"¹⁹. Ne è un esempio il tema della mobilità: politiche che favoriscono la mobilità attiva, ad esempio ciclopedonale, o l'integrazione tra mobilità attiva e trasporto di massa permettono un guadagno di salute grazie alla riduzione dell'inquinamento atmosferico, all'aumento dell'attività fisica, alla riduzione dell'incidentalità stradale, liberando al contempo lo spazio urbano per finalizzarlo ad attività di socialità, a loro volta connesse ad un guadagno di salute²⁰.

Infine l'attuale fase di implementazione degli investimenti programmati con il PNRR per ridurre divari, in particolare quelli nell'ambito chiave della transizione digitale dei Servizi Sanitari e della trasformazione dei modelli di erogazione, se da un lato rischia di svilupparsi secondo la nota *inverse care law*, dall'altro consente di introdurre, all'interno di un chiaro quadro strategico, opportunità per favorire una maggiore prossimità dell'assistenza, strumenti di collaborazione e dialogo tra professionisti e nuove opportunità per l'engagement dell'utente, da leggere e porre al servizio del SSR con la metrica del valore in termini di equità. Peraltro, il particolare impulso all'innovazione nel settore della sanità digitale rappresenta un'opportunità per arricchire il patrimonio di informazioni disponibili e di strumenti per la loro lettura integrata, comunque nel rispetto dei vincoli della vigente normativa in materia di privacy, a supporto della programmazione sanitaria.

Il presente documento si pone in continuità con le Linee guida regionali approvate con Deliberazione n. 643 del 26 luglio 2022 (DGR 643) e, analogamente alla DGR 643, muove anche dal censimento di alcune esperienze aziendali condotte in Lazio con riferimento ai contenuti oggetto del documento. Scopo del presente documento è quello di proporre, alla luce dei suddetti principi di fondo, alcune indicazioni per azioni di sistema inquadrabili nella programmazione di interventi in attuazione del PNRR e del DM 77/2022, individuate anche a partire da alcune azioni scalabili programmate nei PAE di alcune Aziende sanitarie.

2.2 Determinanti del bisogno sanitario e target delle azioni

La programmazione operativa dei modelli di risposta al bisogno, nelle sue declinazioni, si lega alle capacità di rilevarne le componenti, a partire dalla definizione dei profili epidemiologici per i bacini di utenza dei servizi e dallo sviluppo dell'attività di committenza dei Distretti Sanitari, anche in relazione alla riorganizzazione della rete territoriale in ottemperanza al DM 77/2022. La riflessione in questo contesto, maturata nei sottogruppi dedicati, ha messo in luce l'importanza di metodologie di stratificazione che, corroborate dalla letteratura disponibile sui meccanismi di generazione delle disuguaglianze, muovono dalla lettura di tali dinamiche con le quali l'ambito sanitario ha ancora poca familiarità. L'utilizzo di indicatori di posizione socioeconomica è sicuramente più diffuso oggi rispetto agli anni scorsi, ed in generale vi è una maggiore consapevolezza della necessità di prendere in considerazione i determinanti sociali di salute e la loro distribuzione sul territorio, perimetrando aree geografiche - anche urbane - ai fini della programmazione. Accanto agli indicatori di posizione socioeconomica la letteratura indirizza, tuttavia, verso la considerazione di ulteriori fattori nella programmazione sanitaria, come ad esempio il capitale sociale, la qualità delle aree urbane, la concentrazione di servizi o la distanza dai poli di offerta degli stessi. Il PAE della ASL Roma1 ha posto specifica attenzione agli strumenti di lettura del territorio, identificando nella costruzione dell'"intelligenza epidemiologica" aziendale, a supporto del Profilo di Equità e del *priority setting*, un'opportunità per orientare, con lente dell'equità, non solo la programmazione e l'erogazione di prestazioni sanitarie, ma anche le politiche di prevenzione e il dialogo con enti ed istituzioni esterne all'ambito sanitario.

Sotto il profilo della lettura degli indicatori predittivi dei bisogni sanitari, merita richiamare infine il tema delle informazioni disponibili sulla salute ed il ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera sul territorio regionale, tenuto conto che le attuali fonti statistiche disponibili riguardano esclusivamente i cittadini stranieri residenti e solo nella città di Roma: dunque le fonti attuali non rilevano gli stranieri presenti, non residenti (ivi

compresi stranieri comunitari non residenti, stranieri in attesa di permesso di soggiorno, richiedenti asilo, stranieri irregolari, etc), non iscritti al SSR e privi di Codice Fiscale, i quali possono ricorrere ai servizi sanitari tramite il rilascio di appositi codici come per Straniero Temporaneamente Presente (STP) ed Europeo Non Iscritto (ENI). Analoghe lacune informative si riscontrano per i cittadini italiani senza fissa dimora. Per queste popolazioni vulnerabili vi è attualmente scarsa disponibilità di informazioni sanitarie raccolte ed analizzate in maniera sistematica, da cui deriva una scarsa conoscenza dello stato di salute e del ricorso ai servizi e, di conseguenza, una difficoltà significativa nel poter pianificare e garantire un'offerta sanitaria adeguata.

3. AZIONI DI SISTEMA

3.1 La prevenzione e la promozione della salute attraverso il dialogo tra diversi settori

Il contrasto alle disuguaglianze di salute, anche in ragione di quanto sopra esposto, si realizza a partire dalla promozione della salute attraverso un approccio intersettoriale, secondo il modello della "Salute in tutte le politiche". In linea con le indicazioni del PNP 2020-2025 e con gli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030, il PRP 2021-2025 prevede interventi di promozione della salute basati sul coinvolgimento di attori esterni al settore sanitario (Amministrazioni regionali, Enti Locali, scuola, mondo del lavoro, soggetti ed enti del Terzo settore, etc.) e sulla successiva individuazione di obiettivi comuni e reciproche responsabilità per la creazione di ambienti fisici e contesti sociali che promuovono salute e benessere, dando priorità ai gruppi di popolazione più vulnerabili.

L'approccio intersettoriale alla base del PRP è in linea con la recente Strategia Regionale per lo Sviluppo Sostenibile (SRSvS) "Lazio, regione partecipata e sostenibile", approvata con DGR 30 marzo 2021, n. 170. All'interno della SRSvS il concetto salute/benessere è il filo conduttore ed ispiratore per l'individuazione di temi prioritari che, per essere affrontati efficacemente, richiedono l'integrazione di politiche sanitarie, sociali, economiche, urbanistiche, formative, occupazionali e culturali, all'interno di un quadro ampio di azioni e responsabilità chiaramente definite.

Attraverso lo sviluppo di alleanze e reti come la "Rete laziale delle Scuole che Promuovono Salute" (DGR 29 dicembre 2022, n. 1258), le azioni e gli interventi del PRP e dei PAP intendono promuovere un approccio globale alla salute. Questo combina interventi educativi in aula e interventi sugli ambienti scolastici, e intreccia cambiamento individuale e trasformazione sociale al fine di:

- offrire l'accesso equo a un'ampia gamma di opportunità educative e di salute;
- favorire, allo stesso tempo, lo sviluppo di competenze finalizzate all'ottenimento, nel medio e lungo termine, di una significativa riduzione delle disuguaglianze di salute e il miglioramento della qualità dell'apprendimento lungo tutto il ciclo di studi.

In un'ottica di equità, il PRP e i PAP prevedono interventi rivolti in via prioritaria agli Istituti scolastici presenti nei contesti più svantaggiati, spesso già molto attivi nella promozione di attività con importanti ricadute sociali, per favorire la promozione della salute, ma anche soluzioni innovative di *partnership* che vedano coinvolte le comunità scolastiche in lavori di rigenerazione urbana, cura della comunità e dei suoi spazi, condivisione di esperienze e buone pratiche.

Il Decreto legge 30 aprile 2022, n. 36 (art. 27) - convertito in legge con modificazioni dalla Legge 29 giugno 2022, n. 79, recante "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)" - ha definito le funzioni ed i soggetti che fanno parte del Sistema Nazionale di Prevenzione della Salute dai Rischi Ambientali e Climatici (SNPS). Quest'ultimo include i Dipartimenti di Prevenzione e altre strutture ed Enti del SSN che operano per la tutela della salute in un'ottica "One Health", nella sua evoluzione "*Planetary Health*".

In ottemperanza del Decreto del Ministro della Salute del 9 giugno 2022, la Regione Lazio ha istituito con Determinazione n. G13541 del 07/10/2022, il Sistema Regionale Prevenzione della Salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS) per la gestione integrata degli aspetti sanitari in tema di ambiente, clima e salute. I rischi ambientali e climatici, comprese le zoonosi, rappresentano oggi un pericolo crescente nel contesto nazionale, regionale e locale, ancora una volta muovendosi con un forte gradiente sociale. Per realizzare gli obiettivi dell'SNPS e del SRPS occorre sviluppare sistemi di lettura dei fenomeni e di intervento connessi, ad esempio, alle ondate di calore, oggi una causa importante di morbosità e mortalità nel contesto delle aree urbane, ma anche rispetto al tema delle malattie zoonotiche e parassitarie, le emergenze ed i disastri ambientali. L'ottica è sempre quella della prevenzione e della promozione della salute, ma una valutazione di questi rischi attraverso le lenti dell'equità è fondamentale per non approfondire i divari già esistenti tra territori e cittadini. Competenze tecniche e relazioni con altri enti ed istituzioni (dai Comuni per le unità di crisi fino all'SNPA, la rete delle ARPA) possono garantire un proficuo scambio di saperi, diffondendo un approccio *equity-based* anche nella pratica di altri soggetti, ad esempio nell'ambito delle trasformazioni urbane, della tutela del paesaggio e dell'ambiente.

3.2 La pianificazione della risposta al bisogno

Le prospettive di riorganizzazione dell'assistenza territoriale favorite dal PNRR e programmate in attuazione del DM 77/2022 consentono di rivedere il profilo dell'offerta in considerazione dei bisogni di salute nelle loro diverse componenti. Il capitolo "Identificazione di un modello per la definizione dei profili epidemiologici e dei bisogni dei bacini di utenza delle Case di Comunità" del documento "Pianificazione di ulteriori interventi regionali in attuazione del PNRR - Missione 6 ai sensi del DM 23 Maggio 2022, N.77 ed in coerenza con le Linee Guida Generali di Programmazione di cui alla D.G.R. 643/2022 e la Determinazione 18206/2022" richiama la necessità che la programmazione dei nuovi punti di erogazione della rete territoriale si accompagni all'individuazione di bacini di utenza sub-distrettuali in cui analizzare i bisogni di salute della popolazione, valutare l'offerta di prestazioni e ridisegnarla in ragione di indicatori epidemiologici e socio-economici ad essi riferiti. Nell'esempio della ASL Roma4, la quantificazione della popolazione con elevata complessità clinica o con fattori di vulnerabilità socio-economica nel bacino di utenza della Casa della Comunità di Fiano ha portato alla ridefinizione dell'offerta di servizi in tale presidio. Anche la ASL Roma6 ha previsto, nel proprio PAE, un processo di revisione e redistribuzione dei propri servizi alla luce di un'analisi dei fabbisogni che tenga conto anche dell'indice di deprivazione, nonché dei profili di accesso per le fasce più vulnerabili. Coerente con tale approccio, ancorché specifica, è l'azione programmata nell'ambito del PAE della Roma3, che prevede l'attivazione di iniziative mensili di accesso diretto per il controllo della glicemia presso i presidi sanitari di Ponte Galeria e Corviale, pubblicizzate anche tramite gli MMG del territorio, finalizzate ad intercettare casi di diabete di tipo 2 non diagnosticati e l'inserimento in percorsi di cura, anche potenziando la presenza dello specialista nei suddetti presidi.

In generale nel contesto della presa in carico, l'orientamento all'equità diventa fondamentale per individuare soprattutto l'intervento più appropriato in presenza di fragilità sociosanitaria, laddove cioè la risposta sanitaria richiede il coordinamento e l'integrazione con azioni e prestazioni di natura socio-assistenziale, comunque valorizzando l'autonomia del paziente e le reti formali e informali di supporto. Questo permette non soltanto l'ottimizzazione delle risorse (basti pensare al fenomeno delle "porte girevoli", per cui una problematica di natura sociale, che di per sé porta ad una maggiore suscettibilità alle malattie, spesso è anche la causa di un rientro ripetuto del paziente in ospedale per problematiche che potevano essere gestite al livello domiciliare o comunitario o territoriale, con conseguente aumento dei costi a carico del SSR), ma soprattutto dei migliori esiti di salute. La presenza del Punto Unico di Accesso (PUA) presso la Casa della Comunità consente l'avvio del percorso articolato di presa in carico della persona che presenta bisogni di salute più complessi, per i quali è necessario considerare anche la situazione familiare, sociale ed economica, incluse le reti familiari e di caregiver di riferimento, elementi questi che concorrono, insieme alla specifica condizione di salute, alla scelta del setting assistenziale più appropriato nell'ambito della rete territoriale.

Giova in tale contesto richiamare anche il ruolo e l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità, come sintetizzati nel capitolo 5 "Linee di indirizzo regionali per l'istituzione del profilo di ruolo dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC)" del suindicato documento "Pianificazione di ulteriori interventi regionali in attuazione del PNRR - Missione 6 ai sensi del DM 23 Maggio 2022, N.77 ed in coerenza con le Linee Guida Generali di Programmazione di cui alla D.G.R. 643/2022 e la Determinazione 18206/2022" cui si rimanda, come figura che concorre alla valutazione dei bisogni della persona nel proprio contesto familiare e sociale e che associa ad attività di promozione della salute ed empowerment nella gestione della patologia quelle di interfaccia e case management soprattutto per i casi a complessità assistenziale e/o sociale, dialogando con la rete dei servizi sanitari e di prossimità territoriale, inclusi i servizi sociali municipali.

3.3 La transizione tra setting

Nel percorso di cura, il momento della transizione tra un ambito assistenziale e un altro rappresenta uno snodo potenzialmente critico e generatore di iniquità, soprattutto per certi sottogruppi di popolazione quali persone in condizioni di fragilità sanitaria e sociosanitaria, persone non autosufficienti, pazienti con patologie croniche, soggetti "hard to reach". Ciò vale sia per il passaggio da ospedale per acuti a domicilio che per il cambio di qualsiasi setting assistenziale, ad esempio da domicilio a residenzialità.

Il modello organizzativo delineato nel capitolo 6 “Portafoglio servizi da integrare e delocalizzare: COT e nuova prossimità”, del già citato documento “Pianificazione di ulteriori interventi regionali in attuazione del PNRR - Missione 6 ai sensi del DM 23 Maggio 2022, N.77 ed in coerenza con le Linee Guida Generali di Programmazione di cui alla D.G.R. 643/2022 e la Determinazione 18206/2022”, descrive tre tipologie di “nodi intermodali” e le relative interconnessioni, che consentiranno operativamente di rendere fluidi ed omogenei i passaggi di setting, a beneficio della gestione coordinata, in particolare, delle persone caratterizzate da fragilità sociale oltre che da complessità clinico assistenziale.

Nello stesso processo di dimissione / ammissione ospedaliera, l’approccio alla persona dal momento dell’accesso in PS in poi deve essere sistemico, con la pianificazione delle fasi successive. Particolare attenzione deve essere dedicata ai soggetti fragili e/o con disabilità, individuando tempestivamente il setting di cura di destinazione più idoneo in termini di efficacia clinica, prossimità e sicurezza delle cure.

Azioni orientate all’equità nella transizione tra setting: esperienze aziendali in corso

ASL/AO	AZIONE	DESCRIZIONE	STRUMENTI/SERVIZI
ASL Viterbo	Dimissione /ammissione orientata a garanzia dei percorsi di continuità assistenziale e della tutela dei percorsi di ospedalizzazione delle categorie fragili	Percorso che muove dalla definizione di dimissione complessa o difficile, nella quale si intende la dimissione che, nel rispetto della continuità terapeutica ed assistenziale, necessita di un consumo di risorse economiche, umane ed organizzative che vanno oltre la potenzialità del paziente e dei suoi familiari implicando un coinvolgimento particolare di quei presidi territoriali comprendenti i medici di famiglia (MMG), gli Enti locali, i servizi di assistenza domiciliare, le strutture accreditate nonché i rientri di ospiti già domiciliati presso case protette e case di riposo e, dove presenti, le associazioni di volontariato. Il percorso ha inizio con la fase di accertamento infermieristico che valuta i modelli funzionali della persona; l’accertamento, da effettuarsi all’ingresso del paziente nella Unità di degenza (entro le 48 ore dal ricovero), dà il via, in caso di alert su specifiche aree, ad una serie di valutazioni successive, da attuarsi tramite scale validate a cui corrispondono, sulla base degli score rilevati, specifici interventi.	Scheda Blaylock Risk Assessment Screening Score – BRASS (Blaylock and Cason 1992), in cui vengono individuate le persone a rischio di dimissione difficile per un bisogno sociosanitario complesso.
Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I	Percorsi dei pazienti fragili e con bisogni speciali	Valutazione del livello di fragilità nella popolazione che affrisce all’Azienda per definire l’organizzazione del percorso dell’assistito sia all’interno della struttura di ricovero che nel raccordo con il territorio. Si istituisce un frailty service per indirizzare il percorso dell’assistito sia all’interno della struttura di ricovero che nel raccordo con il territorio: il servizio comunica con il MMG, con le ASL responsabili dell’approvvigionamento degli specifici farmaci e del trattamento domiciliare necessario ai pazienti con vari livelli di disabilità ma anche con le strutture territoriali (salute mentale, centri di recupero e centri vaccinali), al fine di ridurre gli accessi inappropriati alla struttura ospedaliera.	Questionario per identificare le principali fragilità e disabilità dei pazienti e istituzione di un frailty service che dialoga con medico curante e strutture territoriali dell’ASL di appartenenza del paziente, garantendo un follow up periodico eventualmente mediante telemedicina.
Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata	Contrasto delle disuguaglianze nelle transizioni dei pazienti ospedale-territorio	Sviluppo di attività di bed management, intercettando precocemente (all’ingresso nella struttura ospedaliera) le situazioni di fragilità/disagio attraverso strumenti condivisi con ASL e Municipi. Le attività mirano alla condivisione delle informazioni, relative ai pazienti in carico, con le Aziende sanitarie e i municipi di riferimento degli assistiti, alla precoce valutazione della fragilità/disagio e al coinvolgimento di tutto il personale.	Strumento per l’assessment della fragilità/disagio

3.4 Modelli di offerta nelle Aree Interne

Per aree interne si intendono, com'è noto, comuni o loro aggregazioni caratterizzate da elevati livelli di invecchiamento, bassa concentrazione abitativa, orografia del territorio che rende di difficile raggiungibilità i luoghi di offerta di servizi di base come istruzione, sanità e trasporti. In base alla loro distanza da questi servizi (in termini di tempi medi effettivi di percorrenza stradale), sono classificati in quattro fasce a crescente distanza relativa – Cintura, Intermedi, Periferici, Ultraperiferici – e, quindi, con un potenziale maggior disagio nella fruizione di servizi. I Comuni classificati come Intermedi, Periferici e Ultraperiferici rappresentano l'insieme delle Aree Interne del nostro Paese.

Il Lazio conta 215 comuni nelle aree interne, di cui 157 intermedi e 58 periferici e ultraperiferici, per un totale di 951.054 residenti, di cui 197.205 nei comuni periferici/ultraperiferici (ISTAT).

Le aree interne, così come le periferie urbane, risultano essere tra quelle meno attrattive per i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS), con la conseguenza che l'offerta di cure primarie in tali territori rimane carente o talvolta assente.

Nella Regione Lazio, delle 135 Case di comunità previste dal Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), 30 sono collocate nelle Aree Interne: 23 nei comuni definiti Intermedi e 7 nei comuni periferici o ultraperiferici (di cui 5 nella provincia di Roma, 1 a Latina e 1 a Frosinone). Gli ospedali di comunità nelle aree interne sono 8 (dati Cittadinanzattiva, 2023).

Garantire i LEA in questi contesti sfida in modo particolare l'integrazione delle funzioni assistenziali ospedaliere, territoriali, sociali, e la programmazione dei servizi. Diventa fondamentale agire su leve come:

- Semplificazione e ottimizzazione organizzativa, per ridurre gli spostamenti evitabili dell'assistito o del caregiver (ad esempio organizzando visite e controlli previsti dai PDTA/PAI in un'unica giornata e nello stesso presidio sanitario);
- *Assistenza in uscita*, portando i servizi a casa e/o nel comune di residenza dell'assistito, spostando il personale sanitario e/o organizzando servizi mobili, utilizzando in modo integrato la telemedicina in tutte le sue declinazioni (televisita, teleassistenza, teleconsulto, telerefertazione, etc.);
- Valorizzazione dei professionisti di prossimità presenti (MMG, PLS, farmacisti, IFoC, etc.);
- Collaborazione intersettoriale con i Sindaci, le risorse informali e del volontariato presenti sul territorio per attività specifiche a partire dalla prevenzione.

In questa direzione si collocano esperienze programmate nei PAE di alcune ASL come, nel caso dell'ASL Roma4, la riduzione degli spostamenti evitabili per accedere a farmaci o dispositivi medici attraverso la convenzione con le farmacie pubbliche e private del territorio unitamente all'uso di App oppure, nel caso dell'ASL Frosinone, nella promozione dell'home delivery e della farmacia di prossimità per favorire le persone con fragilità e patologie croniche.

Per quanto riguarda le esperienze di *assistenza in uscita*, è opportuno segnalare il modello organizzativo della ASL di Rieti che coinvolge Sindaci, MMG, specialisti aziendali e nuove figure professionali come l'Infermiere e l'Ostetrica di comunità e le Équipe itineranti (Infermieri, Assistenti sociali, Fisioterapisti, Psicologhe e Operatori Socio Sanitari). Naturalmente l'estensione di quest'ultimo modello, soprattutto se basato su prestazioni di telemedicina, sfida il tema del digital divide, tenuto conto che le aree interne si caratterizzano per l'elevata quota di anziani, spesso soli o conviventi con familiari anziani, oltre che quello della fiducia dell'assistito nei confronti dell'offerta di tale servizio e del professionista che lo eroga.

3.5 La comunicazione

La comunicazione rappresenta una leva fondamentale per l'equità e l'accessibilità del SSR, purché si fondi su azioni coordinate e commisurate al bisogno, ovvero sensibili ai fattori che possono incidere sulla capacità di ricezione, di fiducia e di risposta in relazione all'informazione veicolata, a partire dalla semplicità del linguaggio, dall'univocità e dalla trasparenza dei contenuti. In questa logica, le strutture sanitarie sono chiamate a impiegare, nella quotidianità, strumenti e modalità di comunicazione semplici, efficaci ed inclusive, capaci di promuovere la relazione con tutti i cittadini ed abbattere quegli ostacoli che una parte dell'utenza, per problemi linguistici o di salute (ad es. persone con specifiche disabilità), incontra nell'approccio e nella relazione con i servizi sanitari.

Le evidenze scientifiche indicano che gli interventi di promozione della salute hanno molte più probabilità di migliorare l'health literacy delle persone quando i messaggi e la loro diffusione sono costruiti sui bisogni specifici dei destinatari lungo il corso della vita – infanzia, adolescenza, età adulta e età anziana – o sono legati a fasi critiche o di transizione come l'adolescenza, la genitorialità, l'invecchiamento, la diagnosi di malattia. Tuttavia, in un momento storico di sovraesposizione a messaggi e informazioni veicolate attraverso molteplici canali e di diverso genere – inclusi i messaggi dell'area commerciale, che talvolta orientano i comportamenti verso abitudini dannose per la salute – è necessario individuare le strategie più adatte per richiamare l'attenzione dei destinatari favorendo scelte salutari. Tali strategie includono la progettazione e la realizzazione di iniziative di comunicazione basate sui principi del marketing sociale e su modelli teorici chiaramente definiti.¹ Altre strategie efficaci di comunicazione per la salute includono il coinvolgimento della comunità (community engagement) e la co-progettazione, non solo per facilitare un cambiamento individuale ma anche per rafforzare l'azione collettiva per la salute secondo un'ottica di salute pubblica.

Promuovere l'equità attraverso la comunicazione implica porre attenzione anche alle dinamiche comunicative nella relazione di diagnosi e cura ed, in particolare, alle competenze empatiche e relazionali del personale sanitario chiamato a saper ascoltare attivamente, comprendere ed orientare la persona assistita, tenuto conto del contesto culturale e delle sue aspettative in relazione allo stato emotivo della stessa, consolidando al contempo il rapporto di fiducia anche con i familiari e/o il caregiver. Com'è noto la comunicazione è anche parte fondamentale del processo di gestione della cronicità, quale leva della corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia, nel presupposto che le informazioni ad essa fornite e a tutti i componenti del suo contesto siano univoche, semplici, comprensibili, omogenee e periodicamente rinforzate.

Diversi Piani Aziendali per l'Equità hanno posto particolare attenzione alla comunicazione, programmando iniziative volte soprattutto a favorire l'accessibilità di percorsi di prevenzione e cura a beneficio di gruppi vulnerabili. Tra queste, è opportuno menzionare l'azione di sistema programmata dalla Asl Roma 5 per la semplificazione nelle comunicazioni nei diversi setting, attraverso una verifica dei processi esistenti e l'attivazione di nuove iniziative calibrate sull'utenza con maggiori necessità di alfabetizzazione sanitaria, mediante l'istituzione di un laboratorio permanente, un numero verde ed il coinvolgimento dei comuni del territorio. Anche l'Azienda Ospedaliera S. Giovanni-Addolorata dedica un'azione "di sistema" al tema della comunicazione, sia attraverso iniziative di formazione sulla comunicazione "semplice" destinate al personale sanitario che attraverso azioni dedicate all'abbattimento delle barriere linguistiche in tutti i contesti assistenziali. Il potenziamento della comunicazione e dell'informazione è comunque ricompreso nelle diverse iniziative programmate per favorire l'adesione ai programmi di screening della popolazione straniera, come negli esempi delle ASL Roma6 e Latina in cui la realizzazione di materiali informativi multilingue accompagna le iniziative dedicate al coinvolgimento di gruppi di popolazione hard-to-reach.

¹ A riguardo, il modello degli stadi di cambiamento elaborato da Di Clemente e Prochaska permette di definire un intervento di comunicazione tenendo conto del grado di disponibilità ad abbandonare un vecchio comportamento, come ad esempio l'abitudine al fumo, da parte del destinatario. Tale modello sostiene, infatti, che gli individui, quando apprendono e adottano un nuovo comportamento, passano attraverso sei stadi: precontemplazione, contemplazione, preparazione, azione, mantenimento, conclusione/risoluzione o ricaduta.

3.6 Strumenti aziendali per favorire l'equità nei propri processi

3.6.1. L'Health Equity Audit

Come precedentemente indicato, i PAP e i PAE rappresentano, dal 2022, i principali strumenti di programmazione sanitaria a livello aziendale, definiti a livello regionale per approcciare in maniera sistematica il contrasto alle disuguaglianze di salute. La metodologia di riferimento, promossa e adottata nell'ambito dei PAP e dei PAE per standardizzare gli approcci ed organizzarli all'interno di un sistema, è quella dell'Health Equity Audit. Affinché il perseguimento dell'equità attivi un processo culturale, professionale, organizzativo e operativo che coinvolge tutta l'Azienda sanitaria è necessario che si innesci un cambiamento diffuso (e non solo in termini di acquisizione di competenze procedurali) da parte di tutti gli operatori dell'Azienda Sanitaria, che si verificherà nella misura in cui sarà coinvolta una "massa critica" numericamente significativa di professionisti che verranno direttamente coinvolti nell'analisi di equità. L'esperienza emersa in alcune Aziende Sanitarie, come nell'esempio della Asl Roma 5, è che le disuguaglianze possono essere evidenziate in quasi tutte le attività erogate a livello locale, dalle più complesse e articolate (esempio, screening colon-retto) alle più semplici (esempio, scelta del medico di famiglia).

Appare dunque opportuno stimolare un approccio nel quale tutti i servizi, opportunamente guidati dai responsabili delle macrostrutture, possano applicare almeno una valutazione secondo l'approccio HEA, anche solo su base qualitativa, al fine di identificare e orientare i propri processi verso l'equità. In tal senso, il PAE e il PAP rappresentano non solo la base programmatica delle azioni da compiere, ma anche una guida per gli operatori impegnati nel contrasto delle disuguaglianze.

L'HEA è basato su un percorso operativo ciclico, le cui fasi sono descritte a seguire.

1. Concordare le priorità

È possibile individuare le priorità per l'azione HEA su due livelli:

- a. A livello di alcuni servizi o aree di intervento in base a valutazioni, basate ad esempio sul profilo di salute, definite dalla direzione strategica Aziendale;
- b. a livello delle Macrostrutture dell'Azienda Sanitaria, per tutti i centri di responsabilità e di costo, identificando i servizi che sono coinvolti e al loro interno i percorsi, i processi, le procedure (PPP) da analizzare per l'HEA (ad opera del responsabile specifico, per esempio, delle vaccinazioni adulti, delle visite specialiste cardiologiche, della preparazione alla nascita, del cambio medico da parte di utenti etc.). Il responsabile della Macrostruttura ha la responsabilità di identificare gli stakeholder per questa fase del processo.

2. Predisporre un profilo di equità

Una volta stabilita l'area o il percorso su cui si vuole intervenire, è necessario produrre un profilo di equità, ossia una mappatura dello stato di salute e dell'utilizzo di servizi sanitari della popolazione, che tenga conto di numerose variabili al fine di individuare iniquità (o disuguaglianze non attenzionate) tra gruppi di popolazione.

- a. Nel suo percorso standardizzato e tipico (HEA con profilo quantitativo di equità), l'identificazione di gruppi di popolazione oggetto di disuguaglianza o iniquità si effettua sulla base di dati del servizio e di dati di sorveglianza della popolazione, utilizzando alcune caratteristiche misurabili predefinite che spesso si associano a disuguaglianze:
 - Più disponibili (in relazione alla più facile reperibilità di dati per il confronto), come collocazione geografica, età, genere, cittadinanza, titolo di studio, condizione lavorativa;
 - Meno disponibili, come condizioni socioeconomiche, indice di deprivazione, disabilità, orientamento sessuale, condizione abitativa, stato civile, fragilità.
- b. L'output della seconda tappa è il profilo di equità con l'identificazione del gruppo di popolazione esposto alla disuguaglianza di cui bisogna occuparsi. Frequentemente non si dispone dei dati quantitativi per condurre un'analisi di equità secondo lo schema illustrato. In molti casi, perciò, si rende necessario

procedere con dati qualitativi (opinioni, convinzioni, punti di vista individuali) che si possono raccogliere ad hoc con questionari durante riunioni con i direttori delle macrostrutture, i responsabili diretti del servizio e stakeholder selezionati; in taluni casi, per servizi complessi, è opportuno coinvolgere diversi stakeholders compresi gli utenti potenziali o effettivi ed è utile avvalersi di tecniche di analisi qualitativa come il focus group.

Le informazioni raccolte concorreranno a costruire lo strumento di monitoraggio delle azioni di contrasto delle disuguaglianze.

L'esempio seguente riguarda il monitoraggio della malattia diabetica programmato dall'ASL Roma5 nel proprio PAE per il quale si dispone, in genere, di dati sufficienti per effettuare un'analisi di equità basata prevalentemente su dati quantitativi:

indicatore	Caratteristiche per potenziale disuguaglianza									
	Genere	geografia	Gruppi di età	cittadinanza	Titolo studio	Condizione socio-economica	Indice deprivazione	Condizione abitativa	disabilità	Condizione lavorativa
Visita semestrale diabetologica										
Controllo annuale fondo oculare										
Vaccinazione antinfluenzale nell'ultima stagione										
Controllo bi-annuale dell'emoglobina glicata										
Conoscenza dell'utente delle indicazioni terapeutiche										
buono			incerto		insufficiente					

3. Identificare le iniquità/disuguaglianze e le azioni di contrasto

Questa fase comporta la revisione di interventi, servizi e iniziative che hanno la possibilità di ridurre le iniquità identificate dal profilo. Non sempre, tuttavia, la letteratura scientifica o le buone pratiche sono disponibili per orientare le azioni di contrasto. In tal caso riveste maggior valore la pianificazione "partecipata" delle azioni di contrasto, dove, per quanto possibile, anche gli stakeholder (operatori, associazioni di pazienti o cittadini o volontariato, rappresentanti di istituzioni) partecipano nell'identificazione delle azioni da mettere in atto.

4. Concordare gli obiettivi e programmare le azioni

Una volta individuate le azioni principali o prioritarie da mettere in atto, si passa alla loro programmazione, dove si definiscono obiettivi, indicatori, tempi, modi e responsabilità, predisponendo, per ciascuna, una scheda strutturata di "azione equity-oriented". Per questa fase, lo strumento manageriale essenziale per i servizi è il quadro logico che consiste in una tabella dove sono riassunti gli obiettivi specifici e, per ciascuno di questi, gli obiettivi intermedi ed eventualmente le attività da mettere in atto per il loro raggiungimento. Il processo in questa tappa (come nella precedente) è guidato dal direttore della macrostruttura.

La Roma5 ha adottato il modello seguente, di cui si riporta un esempio di applicazione.

obiettivi	Definizione	Indicatori verificabili obiettivamente	Valore per 2023	Valore per 2024	Valore per 2025
Obiettivo specifico	Aumentare il livello di sicurezza all'interno del domicilio	Aumento sicurezza ambienti domestici rispetto alla prima valutazione	40%	70%	95%
Obiettivo intermedio 1	E' valutato il livello di rischio del domicilio	Ambienti valutati/attesi	50%	80%	100%
Obiettivo intermedio 2	E' valutato il livello di salute dell'ospite dei domicili visitati	Beneficiari valutati/attesi	50%	80%	100%
Obiettivo intermedio 3	Sono messi in atto gli interventi di prevenzione domestici	Domicili oggetto di intervento/attesi	30%	65%	85%

5. Sostenere il cambiamento

Questa fase consiste nella realizzazione di quanto previsto nella scheda dell'azione equity-oriented, da sostenere con la partecipazione attiva dei centri di costo/responsabilità dell'Azienda Sanitaria, sotto la supervisione del responsabile della macrostruttura. Le informazioni raccolte e il valore degli indicatori potranno essere inserite su piattaforma di monitoraggio dedicata.

6. Valutare l'impatto rispetto agli obiettivi

La valutazione delle azioni, con modalità partecipative, è al centro dell'ultima tappa dell'HEA, conclude la sequenza ciclica e permette di prevedere le tappe successive in un ciclo di miglioramento continuo della qualità degli interventi.

3.6.2. La formazione sull'HEA

Il percorso promosso dalla Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria attraverso il PAE e il PAP ha previsto un quadro di iniziative di carattere regionale, destinate ai professionisti delle Aziende Sanitarie per lo sviluppo di conoscenze e competenze sul tema dell'equità in salute e sull'approccio HEA, anche con riferimento all'esperienza maturata in Emilia-Romagna nell'applicazione di questa metodologia.

L'obiettivo delle iniziative di formazione a livello regionale è quello di sostenere l'equità come approccio strutturale, condividendo indicazioni, esperienze e buone pratiche con le Direzioni Aziendali e i coordinamenti aziendali di PAP e PAE, al fine di favorire coerenza dell'applicazione pratica del principio di equità tra i diversi livelli organizzativi (programmazione, gestione ed erogazione dei servizi).

Per una piena attuazione di quanto qui proposto è necessario pianificare una formazione multiprofessionale diffusa a livello aziendale, che condivida l'approccio all'equità e l'applicazione dell'HEA nonché formi i professionisti sanitari a dialogare con gli stakeholder esterni, elemento di valore nel ciclo di audit ma anche, in generale, per promuovere sinergie nel perseguire gli obiettivi di salute da garantire secondo la lente dell'equità.

La programmazione di attività formative sull'HEA è stata formalizzata, al momento della redazione del presente documento, nei PAE di diverse ASL (ROMA1, ROMA2, ROMA3, ROMA5, ROMA6, VITERBO) e del Policlinico Tor Vergata. Per quanto riguarda le azioni orientate all'equità del PRP/PAP, è stato previsto un percorso di formazione che ha riguardato ad oggi i referenti regionali dei 15 programmi del PRP impegnati a realizzare interventi di formazione a cascata ai referenti aziendali di programma, coinvolgendo una rete di quasi 200 professionisti sanitari.

3.7 La co-progettazione e la co-produzione con cittadini e Associazioni

Il Patto per la Salute 2019-2021 ha richiamato l'importanza della relazione con il cittadino assistito per assicurare risposte calibrate sui suoi bisogni, promuovendo l'implementazione di pratiche di partecipazione inclusive. La Regione ha fatto proprio tale indirizzo avviando, con la DGR n. 736 del 15 ottobre 2019, un percorso e definendo specifici organismi di partecipazione delle Associazioni di tutela dei pazienti nella programmazione e nella valutazione del SSR, con un modello che si articola in Gruppi di partecipazione attiva, momenti di confronto plenario e una Cabina di regia. A tre anni dall'avvio del percorso regionale di sanità partecipata, è cresciuto il numero di Associazioni aderenti (pari ad oggi ad 85) e numerose sono state le occasioni di consultazione, tra le quali quelle volte a raccogliere proposte su ambiti di semplificazione e miglioramento di procedure amministrative e percorsi assistenziali.

Il DM 77/22 ha richiamato l'importanza della valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nei nodi della rete territoriale, nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali, tra i quali i pazienti e loro caregiver, le Associazioni e le organizzazioni del Terzo Settore.

La presente sezione si propone di delineare alcuni elementi-guida attraverso cui, in un'ottica di promozione dell'inclusione e dell'equità e facendo leva sull'esperienza regionale:

- favorire la partecipazione dei cittadini e dei pazienti nell'attuazione del DM 77/2022;
- diffondere buone pratiche di partecipazione e co-produzione nella gestione delle cronicità, nell'ambito dei distretti sanitari, attraverso il contributo delle Associazioni di pazienti;
- promuovere pratiche di valutazione partecipata, come strumento civico di monitoraggio sull'attuazione della medicina di prossimità.

3.7.1. Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato

Le modalità operative con cui favorire la partecipazione dei cittadini e dei pazienti nei servizi della rete territoriale non possono che ispirarsi al recente Atto di indirizzo con cui il 3 ottobre 2022 il Ministero della Salute ha definito le modalità di partecipazione delle Associazioni o Organizzazioni dei cittadini e dei pazienti, impegnate su tematiche sanitarie, ai propri processi decisionali, individuando sette modalità a seconda delle situazioni e delle problematiche da affrontare².

1. Partecipazione come consultazione

Tale modalità prevede il coinvolgimento in percorsi decisionali, nella fase istruttoria e/o in un momento cardine dell'iter del provvedimento, con la finalità di acquisire la posizione delle associazioni su un intervento che si intende adottare.

Nel contesto del presente documento, tale indirizzo si traduce nella possibilità, in ogni Distretto, di prevedere momenti di consultazione con la comunità del territorio quando si intendono adottare atti di programmazione dei servizi (organizzazione delle Case di Comunità, assistenza domiciliare, semplificazione dei percorsi, digitalizzazione e telemedicina, ecc.). Tale consultazione può avvenire sia coinvolgendo le associazioni di cittadini, pazienti, volontariato, sia prevedendo, tramite apposite piattaforme web, una comunicazione partecipata con possibilità di feedback della comunità territoriale di riferimento.

2. Partecipazione nella definizione dell'Agenda

Prevede la possibilità per le Associazioni di avanzare istanza, tramite una procedura chiara e trasparente, affinché questioni ritenute rilevanti siano incluse nell'agenda di lavoro dei servizi territoriali, con le relative ipotesi di azioni proposte dalle stesse Associazioni.

L'implementazione operativa può significare che in ogni distretto sia identificato un percorso, tramite mail, forum ed altri strumenti, che facciano capo ad una persona/servizio di riferimento, mediante il quale le

² https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3265_allegato.pdf

Associazioni possano avanzare proposte relative all'adeguamento dei servizi e non previste dalla programmazione territoriale; prevedendo, in ogni caso, un feedback alla proposta presentata.

3. Partecipazione nella co-progettazione dell'intervento

Prevede che l'Amministrazione si avvalga della collaborazione delle Associazioni nella definizione di programmi, piani o interventi di diretto o indiretto impatto sui cittadini/pazienti, per progettarne lo svolgimento, integrarne i contenuti, correggerne le procedure, identificare le metodologie di valutazione degli effetti.

Tale modalità è indicata in modo esplicito nel DM 77/2022, ove qualifica la Casa della Comunità come "un progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione". La co-progettazione deve prevedere anche meccanismi di feedback e di verifica periodica degli outcome prodotti.

4. Partecipazione come supporto all'implementazione dei programmi di politica sanitaria

Prevede la collaborazione degli Enti nella attuazione di provvedimenti, piani e programmi già adottati, tramite attivazione di focus group, gruppi di lavoro, protocolli d'intesa e forme di coinvolgimento "sussidiario".

Tale pratica, particolarmente importante per assicurare l'equità di accesso al SSR, si sostanzia operativamente nelle attività di informazione ai pazienti, nella promozione della salute e nella prevenzione primaria e secondaria, nell'empowerment della persona con cronicità e nell'engagement nei percorsi di cura, per le quali il Distretto/la ASL/la AO si possa avvalere delle Associazioni di riferimento.

5. Partecipazione come generazione delle evidenze

Prevede che nella fase di definizione dei provvedimenti, programmi e piani le associazioni possano presentare loro evidenze, vale a dire testimonianze ed esperienze di cui l'Amministrazione tenga conto nel percorso decisionale a titolo di "patient evidence".

Le informazioni che possono provenire dai cittadini, dai pazienti e dalle loro Associazioni rappresentano un elemento prezioso per comprendere il reale impatto dei servizi. A tal fine è importante prevedere un canale e momenti nei quali rilevare tali informazioni, che richiedono tuttavia strumenti di rilevazione strutturati per la descrizione delle testimonianze. Non si tratta di questionari di gradimento ma di una raccolta di informazioni descrittive più ampie ed utili a migliorare i servizi.

6. Partecipazione come valutazione e monitoraggio

Prevede forme e programmi di valutazione e di monitoraggio partecipato circa l'attuazione delle proprie politiche, fornendo evidenza pubblica dei risultati quali-quantitativi. Ispirati anche alla "patient experience" ed al modello del "patient journey", utilizzando canali di comunicazione offerti dalle associazioni a complemento di quelli istituzionali. Tale comunicazione deve basarsi sulla trasparenza dei risultati sia in caso di valutazioni positive, che negative, da intendersi come "aree di miglioramento".

Giova a riguardo richiamare l'esperienza di valutazione partecipata descritta nel box seguente, costruita sulla base dell'esperienza dell'Audit Civico di Cittadinanzattiva e degli strumenti AGENAS sulla misurazione del grado di umanizzazione dei servizi. Il monitoraggio andrebbe realizzato con una periodicità non superiore ai due anni.

Esperienza pilota di Valutazione Partecipata dell'assistenza sanitaria alle persone con diabete nel Lazio

ATTORI	AZIONE	DESCRIZIONE
Promossa da FederDiabete Lazio (Coordinamento Associazioni persone con diabete nel Lazio) e con il contributo di Pro.Des, Associazione Progetto Diabete & Salute-APS, A.DI.CIV. Civitavecchia, Associazione Dora Focaroli, Associazione Identità e Diabete, Ciociaria Diabete, A.D.I.G. Lazio APS, A.G.D. Viterbo, ADA Roma, A.I.D.A. Latina, A.DI.GEM, D-PROJECT APS, A.R.D.I. Onlus, Rieti Diabete, Associazione Fondi, Associazione Sora, Associazione Formia, Associazione Latina	esperienza pilota di Valutazione partecipata dell'attuazione del Piano Regionale per la malattia diabetica 2016-2018 (PRMD Lazio)	Progetto di Valutazione Partecipata dell'assistenza sanitaria erogata alle persone con diabete nel Lazio e del rispetto degli obiettivi e standard del PRMD Lazio. Attraverso una rete di volontari "sentinelle civiche" e di strumenti di rilevazione, sono stati individuati specifici ambiti di eterogeneità tra Aziende, punti di forza e di debolezza del sistema di risposta ai bisogni di salute della persona con diabete, nonché azioni e strumenti per favorire l'empowerment dell'assistito. L'esperienza, realizzata tramite un percorso condiviso con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, farmacisti e ed utenti dei Centri di diabetologia, ha consentito anche di rafforzare e valorizzare la partecipazione sociale delle Associazioni. I principali ambiti di valutazione hanno riguardato: - la capacità del SSR di erogare e monitorare i servizi per le persone con diabete - la prevenzione, la qualità di vita e l'intersectorialità; - l'innovazione e la ricerca; - la partecipazione.

7. Partecipazione come possibilità di appello

Prevede la possibilità, per le Associazioni, di avanzare istanze di modifica di uno specifico provvedimento, supportando le stesse attraverso la presentazione all'Amministrazione di propria documentazione.

In ogni Asl e, possibilmente, a livello distrettuale, deve essere prevista la possibilità per le associazioni di richiedere la modifica di disposizioni obsolete o dannose per i cittadini, documentando in modo specifico le proprie argomentazioni. Ogni Asl dovrebbe periodicamente prendere in esame i materiali presentati per verificare la possibilità di apportare modifiche ai propri provvedimenti. In ogni caso viene fornito un feedback sull'esito delle valutazioni.

3.7.2. Strumenti per la realizzazione operativa

La DGR 736/2019 istitutiva del percorso regionale di sanità partecipata ha altresì promosso la partecipazione dei rappresentanti delle Organizzazioni di tutela dei pazienti e dei loro familiari ai tavoli di lavoro istituiti dalle Aziende sanitarie per l'adozione di misure, l'avvio di iniziative e per la predisposizione di documenti e atti aziendali in materie riguardanti i pazienti e i loro familiari. A tal fine è indispensabile promuovere la presenza di un punto di riferimento stabile, a livello aziendale, attraverso l'istituzione di un'apposita struttura organizzativa di riferimento, con un ruolo di facilitazione e di promozione della pratica partecipativa all'interno della Amministrazione: è necessario prevedere, in ogni Asl, un Focal Point per la partecipazione dei cittadini che si occupi di supportare Distretti, Case di Comunità e altri nodi della rete nella promozione della partecipazione e nel monitoraggio dell'attuazione. L'esperienza maturata al livello regionale consente di condividere elenchi, riferimenti e strumenti per il coinvolgimento delle Associazioni del territorio, in modo democratico e aperto sia alle grandi organizzazioni che alle piccole realtà. Ove esistano già Consulte ed altri tipi di aggregazioni partecipative (spesso limitate alla mera consultazione) sarà necessario armonizzare quanto indicato dalla sanità partecipata del Lazio e dall'atto di indirizzo del Ministero della salute con le realtà esistenti.

Al fine di realizzare in modo compiuto quanto proposto è necessario prevedere una attività formativa periodica di supporto alle Associazioni stesse, con l'obiettivo di sviluppare competenze volte a migliorare il dialogo collaborativo con l'Amministrazione e favorire la circolarità della comunicazione.

4. IL MONITORAGGIO DEGLI INTERVENTI MESSI IN ATTO

L'impatto sull'equità prodotto dagli interventi programmati sarà monitorato, a livello regionale, attraverso il sistema di indicatori P.Re.Val.E. - Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari - sistema di indicatori, curato dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR, relativi alla qualità delle cure erogate da tutte le strutture sanitarie regionali ²¹. Tale sistema include una specifica sezione dedicata all'equità, volta ad analizzare e monitorare nel tempo, l'associazione tra i risultati di salute, espressi attraverso gli indicatori più consolidati di accesso a procedure, aderenza a raccomandazioni cliniche o appropriatezza assistenziale in base al genere o al livello di istruzione dell'assistito, con riferimento alle aree cliniche cardio e cerebro-vascolare, muscoloscheletrica e perinatale. Gli indicatori per la valutazione degli interventi di riordino territoriale descritti nella DGR 643/2022 e analizzati in relazione alle differenze di genere o dei gradienti associati al titolo di studio e allo status socio-economico, consentiranno altresì di arricchire le misure d'impatto delle azioni di riorganizzazione con un focus sull'equità.

Le ASL del Lazio partecipano ai sistemi nazionali di Sorveglianza dei fattori di rischio delle malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione (DPCM del 3 marzo 2017); questi sistemi, oltre a monitorare l'andamento temporale dei fattori di rischio, consentono di individuare le disuguaglianze nell'esposizione ai fattori di rischio comportamentali e nell'accesso ad alcuni interventi di prevenzione secondaria come gli screening oncologici. Attraverso i suddetti strumenti di monitoraggio sistematico la Regione Lazio sarà in grado di monitorare l'impatto delle trasformazioni nell'organizzazione della rete di offerta anche nell'intento di contrastare le disuguaglianze.

La valutazione terrà altresì conto degli indicatori di monitoraggio dei PDTA previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA di cui al Decreto del Ministero della Salute 12 marzo 2019, con la finalità di approfondire la capacità di presa in carico territoriale e la transizione tra setting (con misure già definite operativamente per alcune patologie croniche come, ad esempio, per la BPCO e lo Scompenso Cardiaco), verificandone la possibilità di analisi in ragione di misure dello stato socioeconomico.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. David A. Leon and Gill Walt. *Poverty, Inequality and Health: An International Perspective*. 2001. Oxford University Press.
2. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S; Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008 Nov 8;372(9650):1661-9. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61690-6.
3. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005 Mar 19-25;365(9464):1099-104. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6.
4. Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio. *Salute ed equità nella regione Lazio. I dati epidemiologici*. 2022. Pensiero Scientifico Editore.
5. BES 2021 – Il Benessere equo e sostenibile in Italia, ISTAT
6. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2020 Nov;74(11):964-968.
7. Angelici L, Sorge C, Di Martino M, Cappai G, Stafoggia M, Agabiti N, Girardi E, Lanini S, Nicastrì E, Davoli M, Cesaroni G. Incidence of SARS-CoV-2 Infection and Related Mortality by Education Level during Three Phases of the 2020 Pandemic: A Population-Based Cohort Study in Rome. *J Clin Med*. 2022;11(3):877.
8. Cesaroni G, Calandrini E, Balducci M, Cappai G, Di Martino M, Sorge C, Nicastrì E, Agabiti N, Davoli M. Educational Inequalities in COVID-19 Vaccination: A Cross-Sectional Study of the Adult Population in the Lazio Region, Italy. *Vaccines (Basel)*. 2022 Feb 25;10(3):364. doi: 10.3390/vaccines10030364.
9. Di Girolamo C, Gnani R, Landriscina T, Forni S, Falcone M, Calandrini E, Cesaroni G, Russo A, Leoni O, Fanizza C, Allotta A, Costa G, Spadea T; MIMICO-19 working group. Indirect impact of the COVID-19 pandemic and its containment measures on social inequalities in hospital utilisation in Italy. *J Epidemiol Community Health*. 2022;jech-2021-218452. doi: 10.1136/jech-2021-218452.
10. Cure mancate e PDTA per la cronicità a cura di Tonino Aceti, Paolo Del Bufalo, Sabrina Nardi, Maria Pia Ruggieri http://salutequità.it/wp-content/uploads/2022/11/REPORT-SE-ANALISI2_PDTA.pdf
11. https://www.agenas.gov.it/images/agenas/mobilita/Presentazione_Randazzo.pdf
12. Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio. *Salute e genere nella regione Lazio. I dati epidemiologici*. 2022. Il Pensiero Scientifico Editore.
13. Marmot M, *La salute diseguale. La sfida di un mondo ingiusto*. Roma 2016, Il Pensiero Scientifico Editore.
14. Marmot M, Bell R. Social inequalities in health: a proper concern of epidemiology. *Ann Epidemiol*. 2016 Apr;26(4):238-40. doi: 10.1016/j.annepidem.2016.02.003. Epub 2016 Mar 3. PMID: 27084546
15. Costa G, Bassi M, Gensini GF. *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano 2015, Franco Angeli
16. Cacciani L, Bargagli AM, Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N, Davoli M. Education and Mortality in the Rome Longitudinal Study. *PLoS One*. 2015 Sep 16;10(9):e0137576. doi: 10.1371/journal.pone.0137576. PMID: 26376166; PMCID: PMC4572712
17. Paglione L, Angelici L, Davoli M, Agabiti N, Cesaroni G. Mortality inequalities by occupational status and type of job in men and women: results from the Rome Longitudinal Study. *BMJ Open*. 2020 Jun 3;10(6):e033776. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033776. PMID: 32499259; PMCID: PMC7282329.
18. Vineis P, Kelly-Irving M. Biography and biological capital. *Eur J Epidemiol*. 2019 Oct;34(10):979-982. doi: 10.1007/s10654-019-00539-w. Epub 2019 Jul 24. PMID: 31342230.
19. Vineis P, Romanello M, Michelozzi P, Martuzzi M. Health co-benefits of climate change action in Italy. *Lancet Planet Health*. 2022 Apr;6(4):e293-e294. doi: 10.1016/S2542-5196(22)00061-4. PMID: 35397213.
20. Capolongo S, Rebecchi A, Dettori M, Appolloni L, Azara A, Buffoli M, Capasso L, Casuccio A, Oliveri Conti G, D'Amico A, Ferrante M, Moscato U, Oberti I, Paglione L, Restivo V, D'Alessandro D. Healthy Design and Urban Planning Strategies, Actions, and Policy to Achieve Salutogenic Cities. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Nov 29;15(12):2698. doi: 10.3390/ijerph15122698. PMID: 30501119; PMCID: PMC6313765.
21. <https://www.dep.lazio.it/prevale2022/>

AUTORI DEL DOCUMENTO:

Chiara Marinacci - Area Ricerca, Innovazione, Trasferimento delle Conoscenze e Umanizzazione, Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria - Regione Lazio

Teresa Petrangolini - ALTEMS, Università Cattolica del sacro Cuore

Anna Acampora - Dipartimento di Epidemiologia del SSR, ASL ROMA1

Alessandra Barca - Area Promozione della Salute e Prevenzione, Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria - Regione Lazio

Lilia Biscaglia - Area Promozione della Salute e Prevenzione, Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria - Regione Lazio

Giulia Cesaroni - Dipartimento di Epidemiologia del SSR, ASL ROMA1

Gloria Esposito - Area Ricerca, Innovazione, Trasferimento delle Conoscenze e Umanizzazione, Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria - Regione Lazio

Sabrina Nardi - Consigliere Salutequità

Lorenzo Paglione - UOC Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Prevenzione, ASL ROMA1

Alberto Perra - Alberto Perra, Servizio Igiene Pubblica, ASL ROMA5

Lina Delle Monache - Presidente Federdiabete Lazio

Gianni Vicario - UOC Valutazione dell'applicazione dei processi assistenziali ed esiti di salute, ASL VITERBO

In collaborazione con SDA Bocconi School of Management – CER GAS (Centro Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza sanitaria e sociale)

Valeria Tozzi - Associate Professor of Practice e Direttore Master MiMS ((Master in Management per la Sanità)

Federica Dalponte - Junior Lecturer



PNRR
Missione 6-Salute

ALLEGATO 3

INDICAZIONI OPERATIVE REGIONALI PER LA REALIZZAZIONE DI PERCORSI INTEGRATI DI PREVENZIONE E CURA NEL CONTESTO DELLE CASE DELLA COMUNITÀ E NEGLI INTERVENTI DOMICILIARI

INDICE

1. ACRONIMI E DEFINIZIONI	3
2. INTRODUZIONE.....	5
3. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO	5
4. SANITÀ DI INIZIATIVA IN RACCORDO CON IL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE.....	7
5. OBIETTIVI E AMBITO DI APPLICAZIONE	9
6. L'INTEGRAZIONE TRA I PERCORSI DI PREVENZIONE E CURA.....	10
6.1 Il Coordinamento degli interventi di prevenzione: L'Équipe della Prevenzione	10
6.2 Il ruolo del Dipartimento di Prevenzione	12
6.3 Il piano per l'implementazione dell'Equipe della Prevenzione (EdP)	15
6.4 Target degli interventi di promozione della salute e prevenzione, professionisti coinvolti, attività e prestazioni.....	16

1. ACRONIMI E DEFINIZIONI

AFA	Attività Fisica Adattata
AFT	Aggregazioni Funzionali Territoriali. In ottemperanza alle previsioni di cui al DM n. 77/2022 “Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente”.
CAF	I Centri Antifumo, sono servizi che offrono trattamenti integrati (terapie farmacologiche e supporto psicologico individuale o di gruppo) per smettere di fumare.
CdC	Casa della Comunità, in ottemperanza alle previsioni di cui al D M 77/2022 e al relativo Allegato 2, avente natura prescrittiva, nel Lazio si prevede: 1 CdC hub ogni 40.000-50.000 abitanti. Sono previste anche CdC spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle CdC avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente.
Comunità	Una comunità è un gruppo di persone che condividono caratteristiche o interessi comuni. Una comunità può essere definita da: posizione geografica, etnia, età, occupazione, interesse comune o affinità (come l’orientamento religioso) o altri legami comuni, come un bisogno di salute o il subire una condizione di svantaggio. (NICE, 2017).
Community engagement	Coinvolgimento attivo della comunità. Il community engagement è riconosciuto come una strategia di promozione della salute efficace per agire sui determinanti sociali, al fine di ridurre le disuguaglianze di salute.
Consiglio motivazionale breve per gli stili di vita	Il consiglio motivazionale breve (anche chiamato minimal advice o brief advice o counseling motivazionale breve) per la promozione degli stili di vita è una <u>tecnica comunicativa semplice ed efficace nel setting sanitario</u> , in situazioni in cui il tempo a disposizione per l’incontro è breve, ma dove l’opportunità di contatto è particolarmente significativa per numerosità e varietà dell’utenza.
EdP	Équipe della Prevenzione: gruppo multidisciplinare di professionisti sanitari, formati nell’ambito dei percorsi formativi del Piano Regionale e Aziendale della Prevenzione, per la realizzazione e promozione di interventi integrati di prevenzione e cura nell’ambito del Distretto e in particolare nel contesto delle Case della Comunità e negli interventi domiciliari.
IFoC	Infermiere di Famiglia o Comunità
HEA	L’Health Equity Audit è una metodologia di programmazione finalizzata a verificare sistematicamente la presenza di iniquità nella salute, individuare le conseguenti azioni di prevenzione e contrasto e valutarne l’impatto.
MMG	Medico di Medicina enerale
PAI	Piani Assistenziali Individualizzati
PAP	Piano Aziendale di Prevenzione
PNRR	Piano Nazionale Ripresa e Resilienza
PL	Programma Libero:
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PP e PL del PRP	Programma Predefinito: il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, approvato con Intesa Stato-Regioni del 6 agosto 2020 e ss.mm.ii, prevede 10 Programmi Predefiniti obbligatori e comuni a tutte le Regioni. La Regione Lazio ha

	individuato ulteriori 5 Programmi Liberi, definiti sulla base del Profilo di salute ed equità e dell'analisi di contesto Di seguito la lista dei PP e PL del PRP: PP1 - SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE PP2 - COMUNITÀ ATTIVE PP3 - LUOGHI DI LAVORO CHE PROMUOVONO SALUTE PP4 - DIPENDENZE PP5 - SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA PP6 - PIANO MIRATO DI PREVENZIONE PP7 - PREVENZIONE IN EDILIZIA E AGRICOLTURA PP8 - PREVENZIONE DEL RISCHIO CANCEROGENO PROF., DELLE PAT. PROF. DELL'APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO E RISCHIO STRESS LC PP9 - AMBIENTE, CLIMA E SALUTE PP10 - MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA PL11 - MALATTIE INFETTIVE PL12 - VACCINAZIONI PL13 - PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI PRIMI 1000 GIORNI PL14 - PREVENZIONE E IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI FATTORI DI RISCHIO NELLA GESTIONE INTEGRATA DELLA CRONICITÀ PL15 - SCREENING ONCOLOGICI
PRI	Progetti Riabilitativi Individuali
Progetto di Salute	Come indicato dal DM n. 77/2022 il Progetto di Salute è uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" indentificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Si attiva all'accesso della persona al SSN, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura, rende accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di e-health. I PAI ed eventuali PRI così come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente contribuiscono alla composizione del Progetto di Salute di ciascun individuo.
PRP	Piano Regionale della Prevenzione
Setting opportunistici per la promozione della salute	Contesti sanitari e non in cui è possibile effettuare un intervento di promozione della salute ogni qualvolta se ne presenti l' "opportunità" (es. interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro, farmacie, ambulatori, ecc.)
Sorveglianze di sorveglianza sui determinanti di salute e sulle misure di prevenzione	Sistemi di sorveglianza nazionali individuati dal DPCM del 3 marzo 2017, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 12 maggio. La Regione Lazio, attraverso le ASL, aderisce e sostiene le seguenti sorveglianze che forniscono informazioni per la pianificazione, realizzazione e valutazione degli interventi di promozione della salute e prevenzione: - Sorveglianza 0-2 sui determinanti di salute nella prima infanzia (target bambini di 0-2 anni e loro genitori) - Okkio alla salute (target: bambini 8-9 anni) - HBSC - Health Behaviour in school-aged children (target: adolescenti 11-17 anni) - Passi - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (target: adulti 18-69 anni) - Passi d'Argento (target: adulti 65 anni e più)
UCCP	Unità Complesse di Cure Primarie
UCP	Unità di Cure Primarie
UCPP	Unità di Cure Primarie Pediatriche

2. INTRODUZIONE

Con la Componente 1 della Missione 6, il PNRR intende rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali come la Casa della Comunità che “ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento”. La Componente 1 prevede, a tal fine, la riforma dell’assistenza territoriale con la definizione di standard organizzativi e tecnologici omogenei. Tale riforma si è concretizzata con il DM n. 77 del 23 maggio 2022, pubblicato sulla GU n.144 del 22.6.2022.

In applicazione delle attività previste dal PNRR e dal DM n.77/2022, la Regione Lazio ha approvato specifiche linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio, approvate con la DGR 22/07/2022, n. 643. Il presente documento si inserisce nel quadro di azioni e indirizzi che la Regione Lazio sta sviluppando per **realizzare gli interventi previsti nella DGR n. 643/2022 relativamente ai contenuti pertinenti alle attività di promozione della salute e prevenzione realizzate nell’ambito della Casa della Comunità (CdC) e negli interventi domiciliari, con l’obiettivo di favorire il raccordo con le indicazioni del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025** (approvato con DGR n. 970/2021 in applicazione dell’Intesa Stato-Regioni del 6 agosto 2020) e **dei Piani Aziendali di Prevenzione che, dal 2022, sono stati definiti da ciascuna ASL.**

3. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

La pandemia da COVID-19 ha accresciuto la consapevolezza sull’importanza degli interventi di promozione della salute e prevenzione che, come evidenziato da consolidate evidenze scientifiche, sono un investimento importante per il benessere socioeconomico di una popolazione, e costituiscono, nel medio e lungo periodo, la sola strada per garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Come noto, infatti, le dinamiche demografiche delle ultime decadi hanno visto nel nostro Paese un forte incremento dell’aspettativa di vita – pari a oltre 30 anni nell’arco di un secolo in Italia – e sono state accompagnate da un aumento consistente della prevalenza di anziani, di malati cronici e poli-patologici. Secondo l’indagine multiscopo 2019 dell’ISTAT sugli aspetti della vita quotidiana, nel Lazio, similmente a quanto accade in Italia, il 40,2% dei residenti ha almeno una malattia cronica. La percentuale di persone che invece hanno almeno due patologie croniche ammonta al 25,2% (1 persona su 4), maggiore rispetto al 21,1% a livello nazionale. L’IMA e l’ictus insieme rappresentano il 20,4% dei ricoveri per patologia cardiocircolatoria.

La malattia cronica con la più elevata prevalenza nella popolazione del Lazio, e in costante aumento nel periodo 2016-2019, è l’ipertensione arteriosa (tasso standardizzato 303,5 per 1.000 residenti). L’ipertensione arteriosa aumenta con l’età sia nei maschi che nelle femmine con valori più elevati negli uomini fino ai 75 anni e nelle donne over 85. Inoltre, nel Lazio, l’ipertensione arteriosa è più frequente nei cittadini con un titolo di studio più basso. Essa è riportata anche quale causa di ricovero ospedaliero rappresentando il 2,4% (n=1.638) di tutti i ricoveri per causa circolatoria.

Alcuni fattori di rischio modificabili come, abitudine al fumo, scorretta alimentazione, inattività fisica e sedentarietà, consumo a rischio di alcol contribuiscono al carico di malattie croniche ed impediscono un invecchiamento in buona salute, con un impatto maggiore nelle aree e nei gruppi di popolazione più svantaggiati.

In particolare, nel Lazio, come emerge dai dati delle Sorveglianze di Popolazione (Sorveglianza 0-2 anni, Okkio alla Salute, HBSC, Passi e Passi D’Argento) pubblicati nel rapporto “Salute ed Equità nella regione Lazio” (dicembre 2022):

- La prevalenza di fumatori è più alta della media nazionale (30% negli uomini e 24% nelle donne); è maggiore nella classe d'età 18-34 e diminuisce con l'aumentare dell'età. L'abitudine al fumo è più diffusa tra i più svantaggiati.
- La sedentarietà rappresenta un fattore di rischio per tutte le malattie croniche e riguarda il 35% degli uomini e il 40% delle donne tra gli adulti (18-69enni) residenti nella regione Lazio. La sedentarietà è aumentata nel corso degli ultimi anni in entrambi i generi.
- La diffusione di comportamenti sedentari contribuisce alla diffusione dell'obesità che, nel Lazio, è un fenomeno rilevante già nella popolazione infantile. Nella nostra regione, infatti, il 31% dei bambini di 8/9 anni presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso (22%) che obesità (9%). Il rischio di sovrappeso/obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre. Nella popolazione adulta (18-69 anni) quasi il 30% della popolazione è in sovrappeso, mentre quasi il 10% è obeso.
- Per quanto riguarda il consumo di alcol, circa la metà (53%) dei 18-69enni riferisce di aver consumato nell'ultimo mese, almeno un'unità di bevanda alcolica, ovvero una lattina di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore. La percentuale è più elevata negli uomini (66,3%) che nelle donne (39,1%) e aumenta al crescere del livello di istruzione. Se negli uomini non c'è un gradiente socioeconomico evidente, le donne consumano più alcol se più istruite. Il consumo di alcol a rischio, ovvero il bere al di fuori dei pasti o essere un forte bevitore (per gli uomini consumare in media due unità alcoliche e per le donne una unità alcolica al giorno) o essere un bevitore binge (consumo in una singola occasione di 5 o più unità alcoliche per gli uomini o 4 o più per le donne), conferma l'associazione con l'alta istruzione nelle donne, probabilmente spiegata dall'alta istruzione nella fascia d'età più giovane, in cui l'abitudine al consumo di alcol a rischio è più diffusa. Tra i 15enni, oltre il 40% dichiara di essere stato un bevitore binge nell'ultimo mese. L'associazione tra consumo di alcol e posizione socioeconomica si inverte per gli adolescenti. L'indagine HBSC mostra che l'aver consumato alcol nell'ultimo mese per i ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 15 anni, diminuisce all'aumentare del titolo di studio della madre.

Per quanto riguarda le malattie infettive, al di là del COVID-19, nel corso degli ultimi 10 anni si è verificato nel Lazio la riduzione di alcune patologie nei confronti delle quali sono state adottate specifiche misure di profilassi. La maggior parte delle tendenze positive è legata, infatti, al miglioramento delle coperture vaccinali per DPT, IPV, HBV, Hib, stabilmente al di sopra del 95%, alle campagne di promozione della vaccinazione MPR e all'ampliamento dell'offerta vaccinale alla popolazione generale con l'introduzione nel calendario vaccinale regionale delle vaccinazioni contro meningococco e pneumococco. Per altre patologie invece si registra una sostanziale stabilità dell'incidenza, possibile indice di persistenti difficoltà nel realizzare interventi di prevenzioni più efficaci. Allo stesso tempo la riduzione delle notifiche non è generalizzata a tutte le malattie infettive e, mentre alcune hanno mantenuto un'incidenza simile a dieci anni fa, per altre si registra un leggero aumento dei casi (tubercolosi) o un aumento più evidente (legionella).

4. SANITÀ DI INIZIATIVA IN RACCORDO CON IL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

Per contrastare efficacemente i fattori di rischio modificabili, il PRP 2021-2025 prevede, in linea con le indicazioni nazionali, la realizzazione di interventi intersettoriali incentrati sullo sviluppo di alleanze e reti come la “Rete laziale delle Scuole che Promuovono Salute” (DGR 29 dicembre 2022, n. 1258) o la rete dei “Luoghi di lavoro che Promuovono Salute” (Det. 19 ottobre 2022, n. G14214). Tali reti collaborative coinvolgono Enti ed organizzazioni esterne al settore sanitario, ma che di fatto possono agire sui determinanti di salute. In particolare, gli interventi all’interno del setting scolastico - in linea con l’Accordo Stato Regioni recante “Indirizzi di policy integrate sulla Scuola che promuove Salute”, Rep. Atti n.2/CSR del 17 gennaio 2019, recepito con DGR n. 721/2029 – richiedono un approccio globale alla salute presupponendo, prima ancora del raccordo tra settore sanitario e settore educativo, il raccordo tra i diversi servizi della ASL che realizzano interventi di promozione e tutela della salute della popolazione scolastica.

Nell’ambito dell’assistenza sanitaria, gli indirizzi promossi dal PRP 2021-2025 fanno perno sulla transizione dal modello di attesa a quello pro-attivo richiamato dal DM n. 77/2022 con il riferimento esplicito alla “Sanità di Iniziativa”, definita come “un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l’assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo già nelle fasi precoci dell’insorgenza o dell’evoluzione della condizione morbosa.”

Il DM n. 77/2022 richiama anche gli “strumenti della Sanità di Iniziativa” che sono: “la presa in carico proattiva precoce per l’individuazione delle persone a rischio di malattia, l’educazione ai corretti stili di vita, la loro presa in carico negli stadi iniziali delle patologie, la programmazione di medio-lungo periodo delle attività di assistenza, le prenotazioni delle prestazioni, il sostegno e il controllo dell’osservanza da parte dei pazienti dei programmi diagnostici-terapeutici, il coinvolgimento delle figure interessate nel processo di assistenza (es. familiari) (cd. caregiver), lo snellimento delle attività burocratico-autorizzative”.

Come espressamente indicato nel DM n. 77/2022, e come richiamato dal documento applicativo della DGR n. 643/2022, approvato con Determinazione n. G18206 del 20/12/2022, “La Sanità di Iniziativa per la parte relativa alla prevenzione deve essere in linea con gli indirizzi del Piano Regionale per la Prevenzione (PRP) e le indicazioni operative adottate dal Dipartimento di Prevenzione della ASL di riferimento”.

Il PRP 2021-2025 in attuazione del Macroobiettivo 1 “Malattie Croniche Non Trasmissibili” del Piano Nazionale della Prevenzione, ha previsto un programma specifico (Programma Libero 14 “Prevenzione e identificazione precoce dei fattori di rischio nella gestione integrata della cronicità”) che mira a favorire la prevenzione e il contrasto delle malattie croniche, attraverso la presa in carico proattiva e precoce delle persone a rischio di malattia e con patologia e l’educazione ai corretti stili di vita. A tal fine il PL 14 mira a “consolidare in tutte le ASL del Lazio un modello preventivo-assistenziale, professionale ed organizzativo volto a favorire basato su una maggiore integrazione tra Dipartimento di Prevenzione e Distretto, a partire da una programmazione condivisa, sostenuta da gruppi aziendali integrati (prevenzione-specialisti-cronicità)”.

In linea con le indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione, il PL 14 prevede interventi articolati nelle quattro aree trasversali di intervento: intersettorialità, formazione, comunicazione ed equità. Nello specifico, al fine di favorire la definizione di percorsi integrati di prevenzione e cura, il Programma Libero (PL) 14 del PRP prevede:

- lo sviluppo e il consolidamento della **collaborazione intersettoriale** tra ASL e attori extrasanitari come Scuola, datori di lavoro, Istituzioni ed Enti locali, Terzo settore ed altri stakeholder coinvolti nel processo

di cura della persona con fattori di rischio per la salute o con patologie croniche (es. associazioni di pazienti), anche in raccordo con gli altri programmi del PRP 2021-2025

- lo sviluppo e consolidamento delle competenze degli operatori sanitari, inclusa l'équipe di professionisti che operano nelle CdC, attraverso **percorsi di formazione** per l'attuazione di interventi di counseling motivazionale breve per la promozione di stili di vita salutari;
- la definizione gli **interventi di comunicazione e informazione** rivolti ai diversi gruppi di popolazione sui percorsi per l'adozione di uno stile di vita attivo e di una sana alimentazione e per la prevenzione dell'iniziazione e il contrasto all'abitudine al fumo e del consumo e abuso di alcol;
- la definizione di **interventi di comunicazione e informazione**, rivolti alla popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani), sui programmi di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA, in fase di definizione);
- la realizzazione in tutte le ASL di **interventi efficaci di promozione della salute e prevenzione orientati all'equità**, rivolti a fasce di popolazioni svantaggiate per condizioni socio-economiche e/o aumentata esposizione a fattori di rischio e/o ridotto accesso ai servizi socio-sanitari, e realizzati con il coinvolgimento delle risorse della comunità locale (associazioni, enti locali, etc.);

A livello organizzativo il PL 14 del PRP mira a promuovere:

- la riorganizzazione della rete dei servizi e degli interventi volti alla modificazione dei fattori di rischio per le malattie croniche (es. medicina dello sport, centri antifumo, etc.)
- lo sviluppo dell'offerta di servizi e prestazioni (es. prescrizione dell'attività fisica, interventi di terapia educativa per singolo/di gruppo su corretta alimentazione, counselling antitabagico, etc.), volti alla riduzione dei fattori di rischio delle malattie croniche e in particolare alla modificazione di stili di vita scorretti, diretti al singolo individuo ed al caregiver/famiglia;
- la diffusione dell'approccio dell'Health Equity Audit per la definizione di percorsi di prevenzione e cura integrati e orientati all'equità.

Altri Programmi del PRP che contribuiscono al raggiungimento del Macroobiettivo 1 "Malattie Croniche Non Trasmissibili" del Piano Nazionale della Prevenzione sono:

- PP1 - Scuole che Promuovono Salute
- PP2 - Comunità attive
- PP3 - Luoghi di lavoro che Promuovono Salute
- PP5 - Sicurezza negli ambienti di vita
- PL13 - Promozione della Salute nei primi 1000 giorni
- PL15 - Screening oncologici

Per quanto riguarda la prevenzione e il contrasto delle malattie infettive, il PRP prevede tre Programmi specifici (programma 10, 11 e 12) che, oltre agli interventi di sorveglianza delle malattie infettive prevede interventi di promozione della salute volti a favorire l'adesione consapevole alle misure di prevenzione farmacologiche (vaccinazioni) e comportamentali, insieme ad interventi di prevenzione e identificazione precoce rivolti a gruppi a maggior rischio. Infine sono previsti 3 Programmi per la promozione della salute e sicurezza dei luoghi di lavoro, un PP per la prevenzione e il contrasto delle dipendenze da sostanze e comportamenti (PP4 - Dipendenze) e un PP sui temi ambientali (PP9 - Ambiente, Clima e Salute).

Dal 2022, tutte le ASL hanno definito i propri Piani Aziendali di Prevenzione. A partire dagli obiettivi e Azioni dei Programmi regionali del PRP, la Direzione Aziendale di ciascuna ASL aggiorna annualmente il PAP e ne monitora lo stato di avanzamento con il supporto del Coordinatore Aziendale di PRP/PAP e con il coinvolgimento delle diverse Macrostrutture Aziendali (Dipartimento di Prevenzione, Distretti, Dipartimento di Salute Mentale, presidi ospedalieri, ecc.).

5. OBIETTIVI E AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente documento risponde ai seguenti obiettivi:

- favorire il **raccordo delle azioni realizzate a livello regionale e aziendale nell'ambito del PRP e del PAP con gli interventi di riordino dell'assistenza territoriali previsti dalla DGR n. 643** in applicazione del PNRR e del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77;
- **fornire indicazioni operative per la transizione verso il modello della Sanità di Iniziativa**, che vede nelle CdC un importante pilastro, definendo i requisiti strutturali/tecnologici, organizzativi e professionali che consentono alle Aziende Sanitarie di **realizzare percorsi integrati di prevenzione e cura basati sull'efficace individuazione precoce e contrasto dei fattori di rischio modificabili delle patologie croniche e infettive.**

6. L'INTEGRAZIONE TRA I PERCORSI DI PREVENZIONE E CURA

6.1 Il Coordinamento degli interventi di prevenzione: L'Équipe della Prevenzione

Tra i provvedimenti applicativi della DGR 22/07/2022, n. 643 appare utile richiamare la Determinazione n. G18206 del 20/12/2022 che prevede "l'istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), quali forme organizzative monoprofessionali, nonché attraverso lo sviluppo in ambito regionale di forme organizzative multiprofessionali, denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), in cui andranno a confluire le singole AFT, a superamento degli attuali modelli organizzativi della regione Lazio (UCP e UCPP)."

Il Documento approvato con Det. n. G18206 del 20/12/2022 richiama, altresì, il concetto di **Sanità di Iniziativa** che sarà messo in atto principalmente "dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), con il coordinamento del Distretto sanitario e sociosanitario attraverso i propri operatori (IFoC, Ass. sociali, altri operatori e volontari)". Si specifica che "le persone considerate a maggior rischio sono intercettate tempestivamente e inserite (previo consenso informato) in un percorso di salute che prevede la possibilità di coinvolgere proattivamente la persona al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche, migliorare l'adesione alla terapia prescritta, prevenire le complicanze e ridurre o gestire il carico assistenziale, prevenire le disabilità e la perdita dell'indipendenza per il singolo e per il caregiver, attivare il supporto sociale (pasti a domicilio, igiene della persona e dell'abitazione, formazione del care-giver, contrasto alla solitudine, gruppi di automutuo-aiuto, etc....)". Il documento ribadisce, infine, la necessità di superare "l'idea di una sanità con attività "a silos", che sarà sostituita da un modello orizzontale che vede il Distretto come forza trasversale in grado di coordinare tutti i setting assistenziali, tutte le strutture, i professionisti e i livelli di cura, attraverso strumenti quali i piani di prevenzione, i PDTA, i Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) e i Progetti Riabilitativi Individuali (PRI)."

Come precedentemente indicato, "la Sanità di Iniziativa per la parte relativa alla prevenzione deve essere in linea con gli indirizzi del Piano Regionale per la Prevenzione (PRP) e le indicazioni operative adottate dal Dipartimento di Prevenzione della ASL di riferimento".

Affinché gli interventi di promozione della salute e prevenzione, previsti dal modello della Sanità di Iniziativa trovino omogenea ed efficace attuazione nel Distretto, e in particolare nel contesto delle CdC e degli interventi domiciliari, in maniera coerente e coordinata con la programmazione del PRP/PAP e le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione, è necessario **prevedere la definizione di una "Équipe della Prevenzione" (EdP) che afferisce al Distretto e che ha sede operativa nel Distretto.**

Il coordinamento funzionale delle Équipe della Prevenzione (d'ora in avanti EdP) operanti nella ASL è affidato a un Dirigente del ruolo sanitario, medico o non medico del Dipartimento di Prevenzione di concerto con la Direzione del Distretto. Ciò è in linea con quanto indicato dal DM n. 77/2022, richiamato dalla Determinazione n. G18206 del 20/12/2022 che indica tra gli obiettivi delle CdC "la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'équipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione".

L'équipe della Prevenzione è una unità multiprofessionale funzionale che opera in stretta collaborazione con MMG/PLS - nelle forme organizzative dell'AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e delle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) - e con gli altri professionisti dell'équipe multiprofessionale territoriale delle CdC, come richiamato dal Documento applicativo della DGR n. 643/2022, approvato con Determinazione n. G18206 del 20/12/2022.

L'EdP favorisce quindi l'implementazione e monitoraggio di interventi che hanno come target di riferimento:

- a. i pazienti sani e/o con bisogni occasionali e pazienti cronici anche con comorbidità in condizione di stabilità che necessitano di servizi ambulatoriali, inseriti o meno in P-PDTA o domiciliari;
- b. la comunità attraverso le iniziative di salute pubblica e di community engagement per la promozione della salute e coproduzione.

STANDARD ORGANIZZATIVI DELL'EQUIPE DELLA PREVENZIONE (EdP)

- standard di personale: almeno 1 medico e 1 infermiere, oltre al coordinatore; l'EdP può essere integrata con altre figure professionali sanitarie nell'ambito delle professionalità della prevenzione disponibili a legislazione vigente (es.: IFoC, nutrizionista, medico dello sport, assistenti sanitari, ostetrica);
- sede operativa: almeno una EdP in ogni Distretto

È necessario favorire la definizione/adattamento degli strumenti informativo-informatici a supporto dell'équipe della Prevenzione, anche nell'ambito della Telemedicina.

L'équipe della Prevenzione garantisce gli standard essenziali delle "risposte di prevenzione" previste nel Progetto di Salute di cui al DM n.77/2022, attraverso le seguenti attività:

- partecipazione da parte degli operatori dei servizi territoriali coinvolti ai percorsi di formazione - previsti dal PRP/PAP e definiti in raccordo con le indicazioni del Piano Triennale del fabbisogno formativo 2022-2024 della Regione Lazio – per: 1) l'individuazione precoce e la valutazione dei fattori di rischio per lo sviluppo di patologie croniche e infettive; 2) il consiglio motivazionale breve per gli stili di vita, promuovendo l' "alfabetizzazione sanitaria" del cittadino e l'adesione consapevole agli interventi di prevenzione; 3) l'eventuale invio ai servizi sanitari territoriali di riferimento per il contrasto dei fattori di rischio (es. CAF, Ambulatori di Nutrizione, ecc.); 4) la diffusione delle iniziative e strumenti di comunicazione definiti nell'ambito del Programma del PRP/PAP;
- il collegamento dei percorsi di promozione della salute e prevenzione all'interno dei PDTA aziendali (P-PDTA) anche attraverso l'erogazione di specifici interventi educazionali individuali o di gruppo sugli stili di vita e l'adesione consapevole agli interventi di prevenzione come vaccinazioni e screening oncologici;
- il raccordo per l'attuazione degli interventi di promozione della salute e prevenzione con le AFT e le UCCP;
- la definizione di iniziative proattive di prevenzione e promozione della salute, orientate all'equità e progettate in coerenza con il profilo di salute e le caratteristiche dei diversi territori, fornite anche in occasione di interventi o iniziative ad hoc, miranti a rendere capillare l'attività anche in territori più difficili da raggiungere e per gruppi vulnerabili per condizioni socioeconomiche (*hard to reach*);
- il raccordo con la comunità locale, le associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver anche in raccordo con gli interventi previsti dal PRP/PAP;
- l'eventuale erogazione di prestazioni di prevenzione (ad esempio pressione arteriosa, misure antropometriche, valutazione della dieta, ecc) e/o di interventi educazionali individuali o di gruppo rivolti all'assistito e/o al caregiver.

6.2 Il ruolo del Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione, in raccordo con il Distretto, coordina attraverso l'EdP, la pianificazione e il monitoraggio delle azioni, coerenti con la programmazione del PRP/PAP, finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo agli interventi di promozione della salute e/o alla presa in carico della persona per le attività di prevenzione.

Il Dipartimento di Prevenzione realizza, in sintesi, le seguenti attività:

- stratificazione e identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo dei dati per la valutazione del profilo di salute e la definizione delle priorità d'intervento nella comunità (medicina di popolazione);
- coordinamento degli interventi di formazione coerenti con le indicazioni del PRP/PAP per la valutazione del rischio e il contrasto dei fattori di rischio modificabili attraverso un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, e interventi individuali, di gruppo e di comunità;
- coordinamento degli interventi/iniziative di comunicazione e informazione collegate ai Programmi del PRP/PAP;
- coordinamento dei processi di HEA attivati in risposta a criticità emerse dal profilo di salute e in linea con la programmazione del PRP/PAP;
- promozione di alleanze e collaborazioni intersettoriali con i portatori di interesse extrasanitari del territorio e promozione delle iniziative di community engagement e community building implementate a livello Distrettuale in setting specifici - quali quello scolastico, lavorativo e di comunità - in raccordo con le indicazioni del PRP/PAP;
- monitoraggio degli interventi attivati e valutazione degli esiti intermedi e finali per valutare l'impatto sulla salute della popolazione. A tal fine è in fase di implementazione la piattaforma di monitoraggio e valutazione a supporto del PRP/PAP che potrà fornire informazione sulla tipologia e numero di interventi, programmati nell'ambito del PRP/PAP e realizzati nei diversi setting assistenziali.

Per il monitoraggio delle attività dell'EdP e degli interventi di prevenzione realizzati verranno considerati i seguenti indicatori di processo. Per calcolare alcuni di questi indicatori, è necessario favorire la definizione/adattamento degli strumenti informativo-informatici in uso. Sulla base del profilo di salute distrettuale, saranno elaborati e valutati gli indicatori di esito e di impatto.

Indicatore di processo

Indicatore	#1 Attivazione dell'équipe della Prevenzione (EdP)
Numeratore	Numero di (EdP) attivate nei Distretti
Denominatore	Numero totale di Distretti
Fonte di dati	Direzione Aziendale
Responsabile della rilevazione	Regione Lazio
Frequenza della rilevazione	Annuale
Target	40% entro il 2023; 70% entro il 2024; 100% entro il 2025

Indicatore	#2 Formazione
Numeratore	Numero di corsi di formazione, rivolti a operatori sociosanitari delle CdC e ad altri stakeholder - in linea con le indicazioni del PRP/PAP - per la valutazione del rischio e il contrasto dei fattori di rischio modificabili attivati
Denominatore	Numero totale di corsi di formazione, rivolti a operatori sociosanitari delle CdC e ad altri stakeholder, previsti annualmente dal PAP
Fonte di dati	Direzione Aziendale
Responsabile della rilevazione	Regione Lazio
Frequenza della rilevazione	Annuale
Target	80%

Indicatore	#3 Comunicazione
Numeratore	Numero di iniziative di comunicazione - in linea con le indicazioni del PRP/PAP - attivate all'interno della CdC
Denominatore	Numero totale di iniziative di comunicazione - in linea con le indicazioni del PRP/PAP - attivate all'interno della CdC
Fonte di dati	Direzione Aziendale
Responsabile della rilevazione	Regione Lazio
Frequenza della rilevazione	Annuale
Target	80%

Indicatore	#4 Intersectorialità
Numeratore	Numero di iniziative intersectoriali - in linea con le indicazioni del PRP/PAP - attivate all'interno della CdC
Denominatore	Numero totale di iniziative intersectoriali - in linea con le indicazioni del PRP/PAP - attivate all'interno della CdC
Fonte di dati	Direzione Aziendale
Responsabile della rilevazione	Regione Lazio
Frequenza della rilevazione	Annuale
Target	80%

Indicatore	#5 Equità
Numeratore	Numero di processi di HEA - in linea con le indicazioni del PRP/PAP - attivate all'interno della CdC
Denominatore	Numero totale di processi di HEA - in linea con le indicazioni del PRP/PAP - attivate all'interno della CdC
Fonte di dati	Direzione Aziendale
Responsabile della rilevazione	Regione Lazio
Frequenza della rilevazione	Annuale
Target	Almeno 1/anno

Indicatore	#6 Copertura
Numeratore	Numero di persone con fattori di rischio senza patologie croniche che hanno ricevuto indicazioni per migliorare lo stile di vita e/o sono state indirizzate verso servizi/interventi
Denominatore	Numero totale di persone valutate
Fonte di dati	Direzione Aziendale
Responsabile della rilevazione	Regione Lazio
Frequenza della rilevazione	Annuale
Target	80%

Indicatore	#7 Copertura fumo
Numeratore	Numero di persone con patologie croniche inserite in un PDTA che sono state valutate e hanno ricevuto indicazioni per smettere di fumare e/o sono state indirizzate verso servizi/interventi
Denominatore	Numero totale di persone inserite in un PDTA
Fonte di dati	Direzione Aziendale
Responsabile della rilevazione	Regione Lazio
Frequenza della rilevazione	Annuale
Target	80%

Indicatore	#8 Copertura attività fisica
Numeratore	Numero di persone con patologie croniche inserite in un PDTA che sono state valutate e hanno ricevuto indicazioni per uno stile di vita attivo e/o sono state indirizzate verso servizi/interventi
Denominatore	Numero totale di persone inserite in un PDTA
Fonte di dati	Direzione Aziendale
Responsabile della rilevazione	Regione Lazio
Frequenza della rilevazione	Annuale
Target	80%

Indicatore	#9 Copertura Stato nutrizionale
Numeratore	Numero di persone con patologie croniche inserite in un PDTA a cui è stato calcolato l'IMC e hanno ricevuto indicazioni per il miglioramento della dieta (es aumento di frutta e verdura e riduzione del sale) e/o sono state indirizzate verso servizi/interventi
Denominatore	Numero totale di persone inserite in un PDTA
Fonte di dati	Direzione Aziendale
Responsabile della rilevazione	Regione Lazio
Frequenza della rilevazione	Annuale
Target	80%

Indicatore	#10 Copertura alcol
Numeratore	Numero di persone con patologie croniche insorte in un PDTA che sono state valutate e hanno ricevuto indicazioni su assunzione di alcol a rischio e/o sono state indirizzate verso servizi/interventi
Denominatore	Numero totale di persone inserite in un PDTA
Fonte di dati	Direzione Aziendale
Responsabile della rilevazione	Regione Lazio
Frequenza della rilevazione	Annuale
Target	80%

6.3 Il piano per l'implementazione dell'Equipe della Prevenzione (EdP)

Per l'implementazione dell'EdP sono previsti i seguenti passi:

Direzione Aziendale

- entro 3 mesi dalla approvazione del presente documento, individua con atto formale il Coordinatore delle EdP da attivare a livello aziendale (almeno 1 EdP per Distretto);
- fornisce le risorse umane e strumentali necessarie e adotta gli atti amministrativi previsti;
- monitora lo stato di avanzamento con il supporto del Coordinatore delle EdP.

Coordinatore delle EdP

- definisce e programma le attività da realizzare di concerto con la Direzione del Distretto, secondo le indicazioni del PRP/PAP ed è responsabile delle attività di monitoraggio a livello aziendale;
- partecipa agli incontri ed eventi previsti a livello regionale e aziendale per il monitoraggio delle attività di implementazione dell'EdP nei Distretti della ASL;
- definisce e favorisce la realizzazione e il monitoraggio delle attività di formazione, rivolte a operatori sanitari e ad altri soggetti (caregivers, rappresentanti di associazioni, Enti locali o del terzo settore);
- definisce e favorisce la realizzazione e il monitoraggio delle attività di comunicazione rivolte a operatori sanitari e ad altri soggetti (caregivers, rappresentanti di associazioni, Enti locali o del terzo settore);
- favorisce la definizione di accordi e protocolli operativi condivisi tra i diversi servizi coinvolti a livello aziendale e sovraaziendale;
- favorisce la definizione di accordi intersettoriali di collaborazione con rappresentanti di associazioni, Enti locali o del terzo settore in linea con le indicazioni del PRP/PAP;
- valuta l'andamento del processo di implementazione e, in caso di criticità, individua con la Direzione di Distretto e la Direzione Aziendale e con i servizi/professionisti coinvolti, le soluzioni da adottare per il loro superamento.
- redige una relazione semestrale sull'implementazione delle EdP nei Distretti della ASL; tale relazione, condivisa dalla Direzione del Distretto e validata dalla Direzione Aziendale, sarà trasmessa alla Direzione Salute e integrazione Sociosanitaria.

6.4 Target degli interventi di promozione della salute e prevenzione, professionisti coinvolti, attività e prestazioni

Il PRP 2021-2025, in linea con le indicazioni nazionali, prevede per ciascuno dei 15 programmi regionali, 4 azioni trasversali volte a favorire l'implementazione di interventi efficaci di promozione della salute e prevenzione declinati nei PAP delle ASL del Lazio. Le 4 azioni trasversali sono:

- **Intersettorialità:** include la realizzazione di accordi e protocolli di intesa a livello regionale e aziendale volti a sostenere i programmi e interventi dei PRP/PAP attraverso il raccordo con Enti e Organizzazioni interne ed esterne al SSR (salute in tutte le politiche);
- **Formazione:** include percorsi di formazioni regionali e, a cascata in tutte le ASL, destinati a professionisti sanitari che operano nelle diverse strutture aziendali, incluse i Distretti, per la realizzazione degli interventi di promozione della salute e prevenzione; sono previsti anche percorsi di formazione rivolti a stakeholders esterni al SSR come dirigenti scolastici, docenti, datori di lavoro, etc.
- **Comunicazione:** include la definizione e realizzazione di strumenti e interventi di comunicazione e informazione volte a migliorare l'health literacy e l'accesso agli interventi di prevenzione e cura; i messaggi di prevenzione e la loro diffusione sono definiti con un approccio per ciclo di vita ovvero in base ai bisogni specifici dei destinatari lungo il corso della vita (infanzia, adolescenza, età adulta e età anziana) e durante fasi critiche o di transizione come l'adolescenza, la genitorialità, l'invecchiamento, la diagnosi di malattia.
- **Equità:** include interventi rivolti a gruppi di popolazione svantaggiati per condizioni socioeconomiche che prevedono l'utilizzo dell'approccio HEA.

Per la realizzazione di interventi integrati di prevenzione e cura nell'ambito dei Distretti Sanitari, e in particolare nel contesto delle CdC e degli interventi domiciliari, sono previsti percorsi di formazioni specifici, realizzati nell'ambito delle azioni trasversali di "formazione" del PRP e dei PAP. Tali percorsi di formazione sono volti a favorire l'acquisizione delle competenze e degli strumenti di base per la realizzazione di interventi di promozione della salute e prevenzione tarati in base a:

- tipo di fattore di rischio modificabile (fumo, alcol, cattiva alimentazione, sedentarietà, esposizioni nocive modificabili);
- livello di rischio dell'individuo considerando i seguenti 4 target: popolazione sana, popolazione con fattori di rischio, ma senza patologie croniche, paziente cronico stabile, paziente cronico ad alta complessità.

La **tabella 1** indica per i diversi fattori di rischio modificabili le prestazioni/attività da erogare e definisce:

- a) i requisiti strutturali/tecnologici che consentano alle Aziende Sanitarie la realizzazione dei percorsi integrati di prevenzione e cura;
- b) i requisiti professionali (formazione) che consentono alle Aziende Sanitarie la realizzazione di percorsi integrati di prevenzione e cura; la tabella dettaglia per ciascun fattore di rischio, il tipo di formazione prevista nell'ambito del PRP/PAP anche se, per favorire l'efficacia e l'efficienza degli interventi di formazione, saranno privilegiati percorsi formativi che prendono in considerazione contemporaneamente i diversi fattori di rischio modificabili.

Tabella 1 - Quadro di riferimento sui fattori di rischio modificabili oggetto degli interventi di promozione della salute e prevenzione e relative prestazione/attività, requisiti strutturali e tecnologici e requisiti professionali

Fattore di rischio	Prestazioni/attività	Requisiti strutturali/tecnologici	Requisiti professionali (formazione)
Sedentarietà	- Valutazione del rischio e del livello di sedentarietà con strumenti standardizzati	- Questionario/ checklist "Guadagnare Salute" - Questionario PASE (Popolazione ultra65enne) - Questionario IPAQ	- Operatori sanitari formati ai corsi PRP dei programmi PP2 e PL 14 (<i>vedi acronimi e definizioni</i>) per il contrasto alla sedentarietà e la promozione dell'attività fisica e/o sportiva adeguata all'età e allo stato di salute
	- Consiglio motivazionale breve per l'attività fisica	- Cartella informatizzata con raccolta informazione circa l'effettuazione del consiglio motivazionale breve e per monitoraggio e/ follow-up	- Operatori sanitari formati ai corsi PRP dei programmi PP2 e PL14 per il contrasto alla sedentarietà e la promozione dell'attività fisica e/o sportiva adeguata all'età e allo stato di salute
	- Sensibilizzazione e empowerment su prevenzione delle cadute (dai 50 anni) - Aumento della fruibilità dei percorsi casa - scuola - lavoro	- Questionario FRQ (valutazione rischio cadute popolazione over 60) - Materiale di comunicazione sviluppato nell'ambito del PRP - Strumenti per monitoraggio e/ follow-up - Raccordo con le Amministrazioni comunali e datori di lavoro nell'ambito del PP3	- Operatori sanitari formati ai corsi PRP programmi PP5, PP2, PP3
	- Invio a servizi e iniziative di Prevenzione (es. gruppi di cammino, prescrizione AFA, ecc.)	- Materiale di comunicazione sviluppato nell'ambito del PRP - Utilizzo Mappe Opportunità di Salute - Strumenti per Monitoraggio e/ follow-up - Kit Strumenti di base per prescrizione esercizio fisico (sedia altezza 43.2 cm per <i>sit to stand test</i> , dinamometro meccanico, saturimetro, cronometro, bilancia, stadiometro, nastro centimetrato) - Locale idoneo per valutazione funzionale e attività riabilitativa mediante AFA	- Operatori sanitari formati ai corsi PRP dei programmi PP2 (Azione Gruppo di Cammino ed AFA, Esercizio Fisico Adattato - EFA) - Formazione regionale per AFA - Organizzazione della rete territoriale per AFA ed EFA (in fase di definizione)
	- Se in fascia target, invio a screening /vaccinazioni	- Piattaforma prenotazione (prenotasmart) - Materiale comunicazione specifico realizzato a livello regionale e aziendale	- Operatori sanitari formati nell'ambito dei Programmi PRP per favorire l'adesione consapevole a screening e vaccinazioni

Fattore di rischio	Prestazioni/attività	Requisiti strutturali/tecnologici	Requisiti professionali (formazione)
Malnutrizione per eccesso (sovrappeso/obesità) e per difetto	- Valutazione del rischio di malnutrizione per eccesso o per difetto con strumenti standardizzati	- Materiale di comunicazione sviluppato nell'ambito del PRP - Utilizzo Mappe Opportunità di Salute - Questionario sull'aderenza dieta mediterranea - Questionario/ checklist "Guadagnare Salute" - Indici Nutrizionali Integrati per il rischio di malnutrizione (es. MNA) - Questionario di frequenza dei consumi o porzioni - Questionario apporti sale - Kit Strumenti di base (bilancia, stadiometro, metro anelastico)	- Operatori sanitari formati ai corsi PRP dei programmi PL14 - Formazione per l'utilizzo dei test e la rilevazione delle misure antropometriche
	- Consiglio breve su alimentazione e attività fisica	- Cartella informatizzata (di questionari e checklist) - Materiale di comunicazione sviluppato nell'ambito del PRP - Strumenti per Monitoraggio e/ follow-up	- Operatori sanitari formati ai corsi PRP del programma PL 14 e PP2 per la promozione della una corretta alimentazione e uno stile di vita attivo
	- Invio a servizi e iniziative di Prevenzione (Ambulatorio di nutrizione di primo e secondo livello, Laboratori di cucina e educazione al gusto, interventi di supporto al caregiver.)	- Materiale di comunicazione sviluppato nell'ambito del PRP - Strumenti per Monitoraggio e/ follow-up	- Operatori sanitari formati ai corsi PRP del programma PL 14 - Definizione ed adesione alla rete dei servizi di nutrizione clinica e preventiva (azione PRP)
	- Se in fascia target, invio a screening /vaccinazioni	- Piattaforma prenotazione (prenotasmart) - Materiale comunicazione specifico realizzato a livello regionale e aziendale	- Operatori sanitari formati nell'ambito dei Programmi PRP per favorire l'adesione consapevole a screening e vaccinazioni
Abitudine al fumo	- Valutazione del rischio e del grado di dipendenza dal fumo con strumenti standardizzati	- Materiale di comunicazione sviluppato nell'ambito del PRP - Utilizzo Mappe Opportunità di Salute - Questionario/ checklist Guadagnare Salute - Test motivazionale (Mondor) - Test di Fagerstroem	- Operatori sanitari formati che operano in servizi dedicati - Operatori sanitari, che operano in setting opportunistici, formati ai corsi PRP del programma PL 14 per la promozione di uno stile di vita libero dal fumo e per la realizzazione di interventi efficaci di contrasto al tabagismo
	- Consiglio breve su abitudine al fumo	- Cartella informatizzata (di questionari e checklist) - Materiale di comunicazione sviluppato nell'ambito del PRP - Strumenti per Monitoraggio e/ follow-up	- Operatori sanitari formati che operano in servizi dedicati - Operatori sanitari formati ai corsi PRP del programma PL 14 per la promozione di uno stile di vita libero dal fumo e per la realizzazione di interventi efficaci di contrasto al tabagismo

Fattore di rischio	Prestazioni/attività	Requisiti strutturali/tecnologici	Requisiti professionali (formazione)
	- Se in fascia target, invio a screening /vaccinazioni	- Piattaforma prenotazione (prenotasmart) - Materiale comunicazione specifico realizzato a livello regionale e aziendale	- Operatori sanitari formati nell'ambito dei Programmi PRP per favorire l'adesione consapevole a screening e vaccinazioni
	- Eventuale invio a interventi e servizi di Prevenzione (es. CAF)	- Materiale di comunicazione sviluppato nell'ambito del PRP - Strumenti per Monitoraggio e/ follow-up	- Operatori sanitari formati ai corsi PRP del programma PL 14 per la promozione di uno stile di vita libero dal fumo e per la realizzazione di interventi efficaci di contrasto al tabagismo
Alcol	- Valutazione del rischio con strumenti standardizzati	- Materiale di comunicazione sviluppato nell'ambito del PRP - Utilizzo Mappe Opportunità di Salute - Questionario/checklist Guadagnare Salute - Test Audit C	- Operatori sanitari formati che operano in servizi dedicati - Operatori sanitari che operano in setting opportunistici, formati ai corsi PRP del programma PL 14 per la promozione di uno stile di vita sano
	- Consiglio breve	- Cartella informatizzata (di questionari e checklist) - Materiale comunicazione - Strumenti per Monitoraggio e/ follow-up	- Operatori sanitari formati che operano in servizi dedicati - Operatori sanitari che operano in setting opportunistici, formati ai corsi PRP del programma PL 14 per la promozione di uno stile di vita sano
	- Se in fascia target, invio a screening /vaccinazioni	- Piattaforma prenotazione (prenotasmart) - Materiale comunicazione specifico realizzato a livello regionale e aziendale	- Operatori sanitari formati nell'ambito dei Programmi PRP per favorire l'adesione consapevole a screening e vaccinazioni
	- Eventuale invio a interventi e servizi di Prevenzione (es. centri alcolologici)	- Materiale di comunicazione - Strumenti per Monitoraggio e/ follow-up	- Operatori sanitari formati ai corsi PRP del programma PP4
Esposizioni ambientali nocive/evitabili	Sensibilizzazione sul tema	- Materiale di comunicazione sviluppato nell'ambito del PRP -	- Operatori sanitari formati ai corsi PRP del programma PP9

La **tabella 2** indica le prestazioni/attività da erogare (riportate anche in tabella 1) dai diversi operatori coinvolti, in funzione del livello di rischio dei target (popolazione sana, popolazione con fattori di rischio, ma senza patologie croniche, paziente cronico stabile, paziente cronico ad alta complessità). Gli interventi elencati per la popolazione sana e popolazione con fattore di rischio ma senza patologie, vanno comunque considerati anche per le categorie di pazienti cronici e ad alta complessità.

Tabella 2 - Quadro di riferimento sulle prestazione/attività nell'ambito degli interventi di promozione della salute, distinti per tipologia di popolazione target e operatori coinvolti

	Medicina di base (PLS/MMG)	Medicina specialistica	Personale sanitario non medico e professioni sanitarie incluso IdFOC	Operatori del Dipartimento di Prevenzione
A. Popolazione sana	- Alfabetizzazione sanitaria sugli stili di vita e interventi di prevenzione primaria e secondaria (compresi incidenti stradali e domestici ed esposizioni ambientali nocive evitabili)		- Alfabetizzazione sanitaria sugli stili di vita e interventi di prevenzione primaria e secondaria (compresi incidenti stradali e domestici ed esposizioni ambientali nocive evitabili) - Orientamento tramite informazioni al paziente ed eventuale rimando alla Medicina di base	- Definizione del profilo di salute locale anche con riferimento a categorie svantaggiate - Coordinamento delle EdP per attività di alfabetizzazione sanitaria - Raccordo con setting extrasanitari (scuola, ambienti di lavoro e comunità) e altri stakeholder - Formazione operatori sanitari, incluso EdP e altri attori extrasanitari (es. Walking leader dei gruppi di cammino)
B. Popolazione con fattori di rischio, ma senza patologie croniche	- Valutazione del rischio con strumenti standardizzati - Consiglio breve nutrizionale, su attività motoria, fumo e alcol con o senza follow-up - Sensibilizzazione sull'adesione a screening, vaccinazioni - Eventuale invio a interventi e servizi di Prevenzione (es. Screening oncologici, CAF, ambulatorio nutrizionale, etc.)	- Valutazione del rischio con strumenti standardizzati - Consiglio breve nutrizionale, su attività motoria, fumo e alcol - Sensibilizzazione su screening, vaccinazioni - Eventuale invio a interventi e servizi di Prevenzione (es. Screening oncologici, CAF, ambulatorio nutrizionale, etc.)	- Valutazione del rischio con strumenti standardizzati - Consiglio breve su nutrizionale, su attività motoria, fumo e alcol con o senza follow-up - Sensibilizzazione su screening, vaccinazioni - Eventuale invio a interventi e servizi di Prevenzione (es. Screening oncologici, CAF, ambulatorio nutrizionale, etc.)	- In base al profilo di salute, stratificazione dei bisogni di salute per gruppi target - Identificazione strumenti di valutazione del rischio - Collegamento e invio a offerte attività di prevenzione del territorio (es. gruppi di cammino, laboratory cucina, etc) - Formazione operatori sanitari, incluso EdP e altri attori extrasanitari (es. Walking leader dei gruppi di cammino) - Applicazione cicli di HEA - Iniziative di community building e di coproduzione
C. Paziente cronico stabile	Oltre agli interventi elencati nella riga B - Follow up - Valutazione per invio al P-PDTA - Educazione all'autocura anche domiciliare - Prevenzione secondaria sia farmacologica che non	Oltre agli interventi elencati nella riga B - Erogazione di specialistica ambulatoriale e di interventi di prevenzione, in raccordo con quanto previsto dal P-PDTA (se paziente inserito in P-PDTA) - Prevenzione secondaria sia farmacologica che non	Oltre agli interventi elencati nella riga B - Focus educativo su temi specifici (es. su riduzione apporto di sale, strategie per aumento livelli di attività fisica, etc) in raccordo con quanto previsto dal P-PDTA (se paziente inserito in P-PDTA)	Oltre agli interventi elencati nella riga B favorire l'implementazione dei percorsi di prevenzione nel P-PDTA e/o negli interventi domiciliari
D. Paziente cronico ad alta complessità	Oltre agli interventi elencati nella riga C - Supporto al caregiver per la riduzione dei fattori di rischio modificabili	Oltre agli interventi elencati nella riga C - Supporto al caregiver per la riduzione dei fattori di rischio modificabili	Oltre agli interventi elencati nella riga C - Supporto al caregiver per la riduzione dei fattori di rischio modificabili - Supporto per integrazione di interventi sanitari, socio sanitari e sociali	Oltre agli interventi elencati nella riga C - Formazione degli operatori sociosanitari per il supporto al caregiver per la riduzione dei fattori di rischio modificabili

AUTORI DEL DOCUMENTO:

Alessandra Barca - Dirigente Area Promozione della Salute e Prevenzione, Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria

Antonio Mastromattei - Dirigente Area Rete Integrata del Territorio, Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria

Lilia Biscaglia - Area Promozione della Salute e Prevenzione, Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria

Giulia Cairella - Dipartimento di Prevenzione, U.O.S.D.. Promozione della salute Piani della. Prevenzione e Medicina dello Sport, ASL Roma 2

Silvia Iacovacci - Dipartimento di Prevenzione, UOC Prevenzione Attiva, ASL Latina