





CONSIGLIO REGIONALE DEL LAZIO

PROPOSTA DI LEGGE REGIONALE

“DISCIPLINA DEL DIRITTO ALLA CONTINUITA’  
ASSISTENZIALE”

Di iniziativa dei consiglieri regionali:

Giulia Rodano

Vincenzo Maruccio

*Giulia Rodano*  
*Vincenzo Maruccio*

PROPOSTA DI LEGGE

Dichiara formalmente ricevibile

Assegnata alla Commissione *13<sup>a</sup>-6<sup>a</sup>-9<sup>a</sup>*

Roma *5-8-2010*

D'ordine del Presidente

Il Direttore del Servizio Aula ad interim

(Dott. Onoratio Orticello)

Il Segretario Generale  
*Nazzareno Cecchetti*



**Art. 1**

**(Diritto alla continuità assistenziale mediante la presa in carico)**

1. Ogni persona, in caso di bisogno, ha diritto alla continuità assistenziale garantita dai soggetti accreditati mediante la presa in carico, secondo le modalità ed i limiti previsti dalla presente legge.
2. I soggetti accreditati hanno l'obbligo di garantire a chi ne ha bisogno la necessaria continuità assistenziale.
3. La Regione garantisce la continuità assistenziale tra i livelli essenziali ed uniformi di assistenza sanitari e sociali.
4. La valutazione delle prestazioni erogate in regime di continuità assistenziale costituisce criterio ai fini dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socioassistenziali.

*l.*  
*CM*

## Art.2

### **(La Continuità assistenziale: definizione e principi)**

1. Per continuità assistenziale deve intendersi l'integrazione nel tempo e nello spazio delle risposte sanitarie, assistenziali e di reinserimento nella famiglia, nelle attività sociali, civili e produttive, necessarie alle persone in condizioni determinate di bisogno.
2. Agli effetti della presente legge, la continuità assistenziale consiste nella erogazione di pacchetti di prestazioni comprese in percorsi terapeutici di cura e di assistenza socioassistenziale predeterminati che garantiscano continuità dell'assistenza terapeutica e socioassistenziale con prestazioni di elevata appropriatezza e aiutino nella maggiore misura possibile date le condizioni dell'utente, il reinserimento. Essa comprende dunque, nei casi di riscontrata necessità, anche il sostegno ai fini del reinserimento sociale.
2. In particolare sono assicurati adeguati percorsi di assistenza a:
  - a. persone che abbiano necessità di percorsi terapeutici integrati e di reti di assistenza sanitaria, in condizione di emergenza di acuzie, di postacuzie e di riabilitazione;
  - b. persone la cui patologia richieda lunghi percorsi di cura e assistenza socioassistenziale, con interventi differenti quanto a tipologia, tempo e luogo, da programmare e coordinare tra loro;
  - c. persone disabili non ricoverate;
  - d. persone in stato di accertata impossibilità di guarigione per i quali la continuità assistenziale deve garantire una accettabile qualità della vita;
  - e. persone bisognose di sostegno ai fini di un adeguato reinserimento;
  - f. persone coinvolte in programmi di prevenzione secondaria.
3. Ciascun paziente in regime di continuità assistenziale è seguito da un operatore responsabile della sua presa in carico individuato secondo le disposizioni degli articoli seguenti.

*h.*

*cl*

### **Art.3**

#### **(Definizione dei percorsi e del debito informativo)**

1. La Giunta regionale, sentita la commissione consiliare permanente, indica le priorità nella elaborazione dei percorsi di continuità assistenziale;
2. La Giunta regionale, sentita la commissione consiliare permanente, definisce altresì le modalità tariffarie e il debito informativo dei soggetti accreditati che erogano prestazioni in regime di continuità assistenziale.
3. Attraverso l'azione della ASP, con la collaborazione delle società scientifiche, degli operatori impegnati nei diversi settori di intervento, sulla base delle conoscenze validate, vengono definiti i percorsi di continuità assistenziale e le modalità di definizione dei progetti individuali, che la Giunta regionale assume.

*u.*

*pl*

#### **Art. 4**

##### **(Responsabile della continuità assistenziale e modalità della presa in carico)**

1. Ogniqualevolta venga ravvisata, secondo i percorsi di cui all'art. 3 della presente legge, la necessità per un paziente di un adeguato percorso di cura o assistenza socioassistenziale, viene attivato il sistema di continuità assistenziale a favore dello stesso e, contemporaneamente, viene designato il responsabile della sua presa in carico.
2. Il sistema di continuità assistenziale viene attivato, a seconda delle diverse situazioni, dalle strutture sanitarie accreditate, dalle ALS territoriali, in particolare attraverso l'attività dei distretti, dai medici di medicina generale, dalle strutture di assistenza socioassistenziale accreditate o dagli operatori sociali pubblici o che hanno con il sistema pubblico rapporti convenzionali.
3. Il sistema di continuità assistenziale comprende e coordina équipes di operatori sanitari e sociali e attiva la rete dei servizi, delle risorse sanitarie e socioassistenziali necessari.
4. In linea generale, responsabili della presa in carico sono i medici di medicina generale, i quali prendono direttamente in carico i propri pazienti per i quali ravvisino autonomamente la necessità di un percorso di continuità assistenziale o collaborano attivamente con le strutture sanitarie che avviino la presa in carico. Il medico di medicina generale, in particolare nel caso di associazioni tra medici, può designare un suo delegato per la presa in carico, scelto tra le figure indicate al comma 3 del presente articolo.
5. Possono essere designati responsabili della presa in carico i medici, i professionisti delle professioni sanitarie, gli operatori sociali, sia dipendenti da istituzioni e aziende

*u.*  
*CE*

pubbliche che di enti, aziende e società private che hanno rapporti convenzionali con le istituzioni pubbliche.

6. Le aziende sanitarie e gli enti responsabili della assistenza determinano, entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, le modalità per la richiesta della continuità assistenziale e i criteri per la individuazione del responsabile della presa in carico.
7. Le strutture di assistenza socioassistenziale o gli operatori sociali che avviano o partecipano a percorsi di continuità assistenziale, definiscono altresì il responsabile della presa in carico.
8. Nell'attivare il percorso di continuità assistenziale viene indicato, nel progetto personalizzato di ciascun paziente, il grado di disabilità o la natura dell'affezione residua e la durata presunta delle cure e dell'assistenza ancora necessaria, gli obiettivi di salute o di miglioramento della qualità della vita che si ritiene possibile raggiungere, le modalità di sostegno al reinserimento nelle attività compatibili con il suo stato di salute e il suo livello di autonomia.

u.

GC

## Art. 5

### Compiti del responsabile della presa in carico

1. Il responsabile della presa in carico, una volta individuato, ha l'obbligo, per i trattamenti ulteriori, di seguire in ogni fase il percorso terapeutico, socioassistenziale e di reinserimento della persona per la quale viene attivata la presa in carico stessa. In particolare, dovrà:

- a) assicurare alla persona la rappresentanza informata rispetto al complesso delle opportunità terapeutiche, assistenziali e di sostegno al reinserimento di cui può usufruire e tra le quali può scegliere.
- b) organizzare alla persona la fruizione dei trattamenti ulteriori necessari, medici, riabilitativi, diagnostici, assistenziali e/o sociali e degli interventi necessari presso le strutture e gli operatori accreditati, coordinando le équipes predisposte eventualmente allo scopo.
- c) curare, in caso di bisogno, il reinserimento della persona nelle attività normali compatibili con il suo stato di salute e con la sua autonomia, con l'ausilio, se necessario, dei servizi sociali.
- d) predisporre, per ciascuna persona presa in carico, una scheda riepilogativa contenente il progetto di continuità assistenziale e le attività di cui ai commi precedenti.

M.  
C.C.

**Art. 6**

**Priorità nella gestione delle liste d'attesa**

1. Gli accertamenti diagnostici, le prestazioni specialistiche, gli accessi alle strutture di cura che si rendono necessari nell'ambito dei percorsi di continuità assistenziale devono essere garantite al paziente nei tempi indicati dal responsabile della continuità assistenziale stessa, il quale effettua anche le necessarie prenotazioni e organizza i rapporti necessari con le strutture e i servizi interessati.
2. A tal fine, le prestazioni di cui al precedente comma sono erogate anche con priorità rispetto alla normale lista d'attesa, per consentire il rispetto dei tempi predefiniti nel percorso assistenziale.

*u.*  
*Ch*

**Art. 7**  
**(Remunerazione)**

1. La remunerazione di quanto erogato sulla base dei percorsi di continuità assistenziale non avviene per singole prestazioni ma per il processo nel suo complesso.
2. La remunerazione del percorso di continuità assistenziale è di norma superiore alla somma delle remunerazioni delle singole prestazioni o dei singoli servizi di cui si compone il percorso stesso, al fine di riconoscere l'attività necessaria alla organizzazione, alla gestione complessiva della presa in carico delle singole persone.
3. La Giunta, sentita la Commissione consiliare competente, determina entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge le tariffe per la remunerazione dei percorsi di assistenza previsti dalla presente legge.
4. I percorsi di continuità assistenziale possono essere contenuto di accordi contrattuali, ai sensi del decreto legislativo 229/99, con le strutture accreditate.
5. La Regione, al fine di diffondere le modalità di presa in carico di cui alla presente legge, può prevedere incentivi economici e tariffari nella stipula di contratti che abbiano come contenuto specifici percorsi di continuità assistenziale.

*u.*  
*Ch*

**Art. 8**

**(Attività di formazione)**

1. La Regione favorisce percorsi formativi tendenti a sviluppare e consolidare le competenze per attivare la continuità assistenziale.
2. La Regione finanzia, nella prima fase susseguente alla applicazione della legge, per favorirne l'avvio e l'applicazione, progetti finalizzati alla formazione in ogni ASL e AO.
3. La regione può altresì contribuire a progetti finalizzati alla formazione presentati da strutture o aziende private accreditate e dalle associazioni dei medici di famiglia o dei professionisti sanitari.

u.  
P.

**Art. 9**  
**(Controlli)**

1. Annualmente, ciascuna ASL, nell'ambito territoriale di propria competenza, provvede ad effettuare il monitoraggio ed il controllo sulla qualità dei percorsi di continuità assistenziale, del rispetto di ogni loro singola componente, nonché sulla qualità e sull'appropriatezza delle prestazioni rese in regime di continuità assistenziale, sugli esiti in termini di miglioramento dello stato di salute e della qualità della vita e sulla definizione e sul rispetto dei relativi accordi e contratti.
2. Oltre ai controlli previsti dal primo comma, l'ASL competente attiva automaticamente e immediatamente un controllo in caso di denunce o lamentele dell'utenza all'URP, o eventi sentinella che segnalino l'interruzione della presa in carico, violazioni o scostamenti dai percorsi o dalle modalità definite ai sensi dell'art. 3 della presente legge.
3. Le ASL curano l'adeguata informazione dell'utenza circa la possibilità di comunicare disfunzioni all'URP presso le strutture accreditate.
4. La Giunta regionale definisce, entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, quali indicatori - come il ripetuto e immotivato ricorso ai Dipartimenti di emergenza, la segnalazione di mancata reperibilità, ecc - sono considerati eventi sentinella, tali da avviare il controllo automatico e immediato.
5. Qualora si determini una interruzione della presa in carico, si provvede a individuare un nuovo responsabile del percorso di continuità assistenziale.
6. la Giunta regionale definisce, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, il sistema delle sanzioni relative alle mancanze e alle violazioni del diritto alla continuità assistenziale commesse dai responsabili della presa in carico;
7. Qualora, nell'ambito delle attività legate alla continuità assistenziale, vengano riscontrate carenze nei requisiti, nella qualità e nell'appropriatezza delle prestazioni, la ASL effettua i controlli necessari e, entro 15 giorni, invia alla Giunta regionale una relazione sull'esito dei controlli effettuati.

*M.*  
*CL*

8. La Giunta, entro 30 giorni dalla ricezione della relazione, indica al soggetto accreditato le prescrizioni ed i termini per adeguarsi alle stesse. Alla scadenza di tale termine, la ASL procede ad un nuovo controllo, secondo le modalità previste dai commi precedenti, all'esito del quale la Giunta regionale può, con provvedimento motivato, disporre la comminazione di ammende commisurate alla gravità delle violazioni, fino alla sospensione del soggetto accreditato o, nei casi più gravi, alla revoca dell'accreditamento.
9. Per le strutture pubbliche del Servizio sanitario regionale, l'esito dei controlli di cui ai commi precedenti costituisce anche elemento di verifica per la conferma degli incarichi al Direttore Generale, ai Direttori di Dipartimento, del contratto previsto per i dirigenti responsabili di struttura complessa, nonché per la corresponsione degli incentivi di risultato al personale con funzioni dirigenziali dipendente dalle aziende interessate.
10. Contro i provvedimenti e le sanzioni di cui ai commi precedenti, i soggetti interessati possono proporre richiesta di riesame alla Giunta regionale presentando, entro 15 giorni dalla ricezione degli stessi, le proprie controdeduzioni. La Giunta regionale provvede al riesame nel termine di trenta giorni dalla richiesta, trascorso il quale la stessa si intende respinta.
11. Dei provvedimenti assunti ai sensi del presente articolo viene informata la commissione consiliare competente.
12. Annualmente, la Giunta fa una relazione al Consiglio regionale sul funzionamento del sistema di continuità assistenziale.

*M.*  
*CC*

**Art. 10**  
**(Prima applicazione)**

1. Al fine di avviare anche sperimentalmente l'attività di continuità assistenziale, entro 12 mesi dall'entrata in vigore della presente legge, anche in assenza di percorsi definiti a livello regionale, la Regione indice un bando pubblico per l'avvio sperimentale di progetti di continuità assistenziale, cui possono partecipare i medici di famiglia, singoli o associati, le ASL, gli Enti Locali singoli e associati, le strutture sanitarie accreditate, le strutture di assistenza socio-assistenziale.
2. I progetti dovranno prevedere:
  - a. I soggetti che potenzialmente possono usufruire del programma di continuità assistenziale;
  - b. Le prestazioni e i tempi che vengono assicurati in ciascun percorso di continuità assistenziale;
  - c. Le modalità di gestione dei percorsi, di continuità assistenziale;
  - d. La definizione del responsabile della presa in carico;
  - e. Le modalità di esecuzione dell'obbligo informativo e della valutazione periodica dei risultati del progetto stesso;

La Giunta regionale definisce le modalità di remunerazione dei progetti e delle singole prestazioni che ne sono parte, ai sensi dell'art. 7 della presente legge, e le modalità per garantire alle prestazioni inserite nei progetti il rispetto, nelle liste di attesa, dei tempi predefiniti nel percorso assistenziale.

*Al.*  
*CR*

**Art.11**  
**(Norma transitoria)**

Al fine di consentire l'impatto maggiore possibile dei percorsi di continuità assistenziale nella riorganizzazione delle attività di ricovero, come modalità di assistenza che favorisce una utilizzazione appropriata dei posti letto, la Regione, o se in carica, il Commissario ad Acta per la sanità, inserisce i percorsi di continuità assistenziale come manovra del piano di rientro, nell'ambito dei provvedimenti di riordino della rete ospedaliera e favorisce ove necessarie e appositamente motivate, le deroghe al blocco delle assunzioni e le modifiche opportune dei provvedimenti tariffari.

*h.*  
*OL*

**Art. 12**  
**(Norma finanziaria)**

1. La Regione definisce, nell'ambito della legge di bilancio, per ogni esercizio finanziario, le quote del fondo sanitario regionale e del fondo sociale regionale che vengono annualmente destinate al finanziamento dei percorsi di presa in carico.
2. Per l'esercizio finanziario 2011 è previsto il finanziamento di euro 10.000.000, a carico per una quota pari a due terzi dell'importo del fondo sanitario regionale e per la restante quota a carico del fondo sociale, che viene di conseguenza incrementato di una cifra corrispondente.
3. L'Agenzia di Sanità Pubblica definisce nel proprio bilancio annuale un finanziamento atto a consentire l'avvio e il funzionamento del sistema informativo della continuità assistenziale.

*M.*  
*[Signature]*

## RELAZIONE

La proposta di legge che viene sottoposta all'approvazione del Consiglio regionale rappresenta un primo, importante passo per aumentare l'efficacia delle prestazioni del servizio socio-sanitario regionale nei confronti di quella particolare utenza che necessita di percorsi terapeutici integrati o di lunghi percorsi di cura e assistenza, nonché di persone disabili non ricoverate, di malati terminali, di persone bisognose di sostegno al reinserimento e di persone coinvolte in programmi di prevenzione secondaria.

Per realizzare tale obiettivo viene sancito il diritto alla continuità assistenziale attraverso un meccanismo di presa in carico da parte del sistema socio-sanitario regionale, al fine di garantire all'utente da un lato l'assistenza sanitaria e sociale di cui ha necessità in modo programmato e aderente ai suoi reali bisogni e dall'altro evitargli di sottoporsi alle procedure ordinarie per usufruire delle singole prestazioni.

La proposta di legge vuole, pertanto, rappresentare un salto di qualità rispetto all'attuale sistema nell'intento di offrire un servizio migliore che, una volta a regime, può portare anche ad una riduzione della spesa sanitaria in dipendenza della sostanziale razionalizzazione del sistema stesso.

La proposta di legge si compone di 12 articoli.

L'articolo 1 sancisce il diritto alla continuità assistenziale attraverso la presa in carico per la erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza sanitari e sociali. Sancisce, altresì, la valutabilità delle prestazioni erogate in regime di continuità assistenziale ai fini dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-assistenziali.

L'articolo 2 definisce il concetto di continuità assistenziale e ne esplicita le funzioni caratteristiche; individua la tipologia dei soggetti ai quali assicurare la continuità assistenziale; introduce la figura dell'operatore responsabile della presa in carico.

M.  
P.

L'articolo 3 stabilisce le modalità di definizione dei percorsi di continuità assistenziale, nonché di determinazione delle tariffe e del debito informativo dei soggetti accreditati.

L'articolo 4 attiene alle modalità di individuazione del responsabile della continuità assistenziale; alle figure che possono essere chiamate a sostenere tale ruolo; alle modalità della presa in carico; alla individuazione dei percorsi socio-assistenziali personalizzati in relazione alle diverse patologie ed alla durata presunta delle cure e dell'assistenza ancora necessaria.

L'articolo 5 definisce i compiti del responsabile della presa in carico. Tra questi, di particolare rilievo è l'organizzazione per la fruizione da parte del paziente dei trattamenti necessari - medici, riabilitativi, diagnostici, assistenziali e/o sociali - e degli interventi presso le strutture e gli operatori accreditati.

L'articolo 6 stabilisce il principio della priorità delle prestazioni da erogare ai soggetti destinatari della continuità assistenziale rispetto alla generalità delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate.

L'articolo 7 attiene alla remunerazione delle prestazioni erogate in regime di continuità assistenziale, che deve fare riferimento non alle singole prestazioni ma al processo nel suo complesso e deve garantire anche la remunerazione della organizzazione della presa in carico.

L'articolo 8 prevede la realizzazione di percorsi formativi specifici tendenti a sviluppare e consolidare le competenze per l'attivazione della continuità assistenziale.

L'articolo 9 regola il regime dei controlli. Il monitoraggio ed il controllo sulla qualità dei percorsi di continuità assistenziale è demandata alle ASL. La Regione determina le sanzioni relative alle mancanze ed alle violazioni del diritto alla continuità assistenziale da parte dei responsabili della presa in carico.

*Se.  
PL*

L'articolo 10 detta norme di prima applicazione, utili ad avviare i processi di continuità assistenziale per intanto in forma sperimentale, al fine di mettere a punto le metodologie per il passaggio a regime del sistema.

L'art.11, come norma transitoria, inserisce i percorsi di continuità assistenziale come manovra del piano di rientro, modalità di assistenza che favorisce una utilizzazione appropriata dei posti letto, nell'ambito dei provvedimenti di riordino della rete ospedaliera, favorendo, se appositamente motivate deroghe delle assunzioni

L'articolo 12 attiene al finanziamento del provvedimento. Le risorse che si prevede di impegnare gravano per due terzi sulle disponibilità del fondo sanitario e per un terzo sulle disponibilità del fondo sociale.

*A.*  
*OK*