

Delibera di Giunta - N.ro 2000/309 - del 1/3/2000

**Oggetto: ASSISTENZA DISTRETTUALE - APPROVAZIONE LINEE GUIDA DI
ATTUAZIONE DEL PIANO SANITARIO REGIONALE 1999-2001**

Prot.n. (BAS/00/6169)

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- il D.P.R. 23/7/1998 col quale è stato approvato il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000;
- la deliberazione n. 1235 adottata nella seduta del 22/9/1999 con la quale il Consiglio Regionale ha provveduto ad approvare il Piano Sanitario Regionale per il triennio 1999-2001;
- il D.lgs. n. 502 del 30/12/1992 così come modificato dal D.lgs. 229 del 19/6/1999, di riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23/10/1992 n. 421;
- la legge regionale 21/4/1999 n. 3 di riforma del sistema regionale locale in attuazione dei principi delle leggi 15/3/1997 n. 59 e 15/5/1997 n. 127 e relativi decreti applicativi;
- la legge approvata dal Consiglio Regionale nella seduta del 19/01/2000, vistata dal Commissario di Governo ed in corso di promulgazione, con la quale sono state apportate modifiche alle leggi regionali 12/5/1994 n. 19 e 20/12/1994 n. 50 in attuazione delle disposizioni di cui al D.lgs. 19/6/1999 n. 229 di modifica del D.lgs. 502/1992 soprarichiamato;

Considerato:

- che il Piano Sanitario Nazionale individua il Distretto come uno dei 3 macro-livelli di assistenza in cui si articola l'attività delle Aziende Sanitarie, attribuendogli il coordinamento e l'integrazione delle attività assistenziali territoriali;
- che tale concetto ribadito dall'art. 3-quater del D.lgs. 502/92 così come modificato dal D.lgs. 229/99, è stato recepito dalla Regione Emilia-Romagna nell'art.4 della promulganda legge regionale di cui sopra, modificativo dell'art. 4 della legge regionale n. 19/94;
- che il Distretto, in applicazione dei principi di cui sopra, quale struttura organizzativa preposta all'erogazione dell'assistenza primaria, all'integrazione tra i servizi e la rete sociale di solidarietà, formale ed informale, dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, ha il compito di assicurare alla popolazione di riferimento l'accesso ai servizi ed alle prestazioni sanitarie e sociali ad elevata integrazione sanitaria, sia attraverso la valutazione dei bisogni e la definizione dei servizi necessari, che mediante

l'erogazione di prestazioni e servizi di 1° livello o di base, secondo le modalità definite dal programma delle attività territoriali;

Ritenuto, anche in attuazione degli obiettivi del Piano Sanitario Regionale, di approvare linee guida regionali entro cui inquadrare l'organizzazione del Distretto tesa ad assicurare le funzioni di produzione, con particolare riguardo alla costituzione del Dipartimento delle cure primarie, di committenza e di integrazione sociale-sanitaria;

Considerato che le linee guida, elaborate da gruppi di lavoro allo scopo istituiti con determinazione del Direttore Generale Sanità n. 003419 del 4/5/1999, propongono un modello organizzativo basato:

- a) sull'integrazione orizzontale dei servizi, finalizzata alla comprensività e continuità di interventi multiprofessionali e costituzione di programmi integrati di assistenza nell'ambito della rete integrata di servizi, con aree prioritarie di integrazione fra il Dipartimento cure primarie e i Presidi ospedalieri;
- b) sull'individuazione degli strumenti di valorizzazione dell'autonomia del Distretto nell'ambito del consolidamento da parte dell'Azienda delle funzioni di programmazione e di controllo delle attività svolte e degli obiettivi perseguiti;
- c) su criteri specifici atti a garantire l'attuazione del governo clinico e del governo economico, in coerenza con lo sviluppo aziendale degli obiettivi di miglioramento della qualità dell'assistenza e dell'appropriatezza degli interventi;
- d) sull'individuazione degli strumenti idonei per una reale partecipazione da parte dei Comuni alle attività di rilevazione dei bisogni, pianificazione dei servizi e verifica dei risultati raggiunti;

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 1487 dell'1 agosto 1997 con la quale sono stati approvati gli accordi attuativi regionali ex D.P.R. 484/1996;
- n. 1296 del 27/7/1998 di approvazione delle linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale e per l'istituzione del sistema informativo con indicazioni in ordine all'applicazione del XXII comma dell'art. 3, D.lgs. 124/1998;
- n. 124 dell'8 febbraio 1999 sui criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari nella Regione Emilia-Romagna;
- n. 2581 del 30/12/1999 concernente l'approvazione del Progetto Regionale Demenze con relative linee guida regionali, primi interventi attuativi ed assegnazione finanziamenti Aziende USL;

Dato atto che i contenuti delle deliberazioni soprarichiamate, recepiti integralmente nelle linee guida elaborate, costituiscono punti di riferimento per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano Sanitario Regionale per l'assistenza distrettuale;

Dato atto, inoltre, ai sensi dell'art. 4, 6^o comma, della L.R. 19 novembre 1992 n. 41 e del punto 3.1 della deliberazione n. 2541/95:

- del parere favorevole espresso dal responsabile del Servizio Distretti Sanitari, dott.ssa Maria Lazzarato in merito alla regolarità tecnica della presente delibera;
- del parere favorevole espresso dal Direttore Generale alla Sanità, dott. Franco Rossi, in merito alla legittimità della presente delibera;

Acquisito il parere della Commissione Consiliare "Sicurezza Sociale" espresso nella seduta del 23-02-2000;
Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

A voti unanimi e palesi

D e l i b e r a

di approvare le "linee guida" allegate, quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, quale documento attuativo del Piano Sanitario Regionale 1999/2001 relativamente all'assistenza distrettuale.

- - -

ASSISTENZA DISTRETTUALE Linee Guida di attuazione del Piano Sanitario Regionale 1999 - 2001

Premessa

Il D.lgs. 229/99 individua il Distretto come una delle principali macrostrutture delle Aziende Unità sanitarie locali, che in un definito ambito territoriale, governa la domanda sanitaria e organizza la produzione di "assistenza primaria" erogata dai servizi territoriali.

Il Piano sanitario regionale della regione Emilia Romagna 1999-2001 delinea la nuova funzione del distretto quale struttura organizzativa preposta all'erogazione dell'assistenza primaria e all'integrazione tra i servizi e la rete sociale di solidarietà, formale ed informale.

In tale ambito si esplica e si valorizza il ruolo assegnato dal D.lgs. 229/99 ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, quali referenti diretti per la salute delle persone e delle famiglie, indirizzo e guida alla utilizzazione dei servizi e agenti delle funzioni educative e di promozione della salute.

Oltre alle funzioni di produzione e di integrazione fra i servizi sanitari e sociali, il Distretto è chiamato a garantire, ai propri cittadini utenti, l'accesso ai servizi reputati necessari per avere una risposta appropriata ai loro bisogni di salute. Questa funzione si configura in termini di 'committenza' e rende il Distretto porta di accesso privilegiata alle reti dei servizi aziendali, extra-aziendali e regionali.

Le linee guida contenute in questo documento sono state elaborate in coerenza con i principi del D.lgs. 229/99 sopra citati ed in attuazione degli obiettivi del PSR.

Tali linee guida individuano i criteri principali dell'organizzazione distrettuale, per assicurare la funzione di produzione, con particolare riguardo alla costituzione del Dipartimento delle cure primarie, la funzione della committenza e la funzione dell'integrazione sociale sanitaria. Il modello organizzativo delineato si basa sull'integrazione orizzontale dei servizi ed è caratterizzato dalla comprensività e continuità di interventi multiprofessionali.

Sono individuati, altresì, gli strumenti di valorizzazione dell'autonomia del distretto nell'ambito del consolidamento da parte dell'azienda delle funzioni di programmazione e di controllo delle attività svolte e degli obiettivi perseguiti. Le linee guida precisano i principali criteri che garantiscono l'attuazione del governo clinico e del governo economico, in coerenza con lo sviluppo aziendale degli obiettivi di miglioramento della qualità dell'assistenza e dell'appropriatezza degli interventi.

Sono precisati, infine, gli strumenti che consentono una reale partecipazione da parte dei Comuni alle attività di rilevazione dei bisogni, pianificazione dei servizi, verifica dei risultati raggiunti.

Il Contesto regionale di riferimento

Attualmente i Distretti in Emilia-Romagna presentano le sottoelencate, diverse, configurazioni sulla base delle caratteristiche geomorfologiche del territorio regionale e di densità della popolazione:

- il 44% si colloca in zone di pianura a media densità di popolazione
- < P ALIGN="JUSTIFY">- il 31% in zone montane
- il restante 25% in zone urbane ad alta densità di popolazione.

Il 40% dei distretti ha una popolazione che va da 60.000 a meno di 100.000 abitanti; il 35% risulta inferiore ai 60.000 abitanti e di questi, sette, coincidono con comunità montane; il restante 25% dei distretti supera i 100.000 abitanti.

Una caratteristica peculiare dell'Emilia-Romagna, che condiziona in modo determinante la realizzazione dei Distretti, è l'elevato numero dei comuni presenti nel territorio, che sono 341, la gran parte dei quali con popolazione inferiore ai 10 mila abitanti (80%).

La famiglia, nucleo fondamentale del tessuto sociale, nella regione Emilia-Romagna presenta una struttura peculiare che condiziona sovente l'offerta e la fruizione di servizi sociali e sanitari.

L'indagine "multiscopo" (La vita quotidiana in E.R. ed. F. Angeli 1998) ha calcolato che in regione ci sono 1.555.232 famiglie, con una media di 2,5 componenti ciascuna; le proiezioni sul futuro prevedono un incremento ulteriore del numero delle famiglie, accompagnato da un progressivo decremento del numero dei componenti.

Le caratteristiche demografiche della popolazione in Emilia-Romagna evidenziano la seguente articolazione per fasce di età: 11% (0-14 anni); 40% (15-44 anni); 27% (45-64 anni); 12% (65-74 anni); 10% (oltre i 74 anni).

La popolazione immigrata residente, secondo dati ufficiali del 1998, è circa il 2,36%.

Le patologie croniche colpiscono il 14% della popolazione residente nella regione e le principali sono: l'ipertensione nel 53% dei casi; il diabete nel 14% dei casi e le neoplasie nel 13% dei casi.

Viene stimato che il 5% delle persone presenti un'invalidità, di queste quasi la metà ha un'invalidità totale.

Infine, i bambini nati con deficit psicofisici e/o immaturi con patologie correlate, secondo i dati 1998 sulle esenzioni, sono il 7 per 1000 (0 - 14 anni).

Cap 1 - IL DISTRETTO NEL P.S.R. 1999-2001

1.1 Adeguamento degli ambiti territoriali di riferimento

Il D.lgs. 229/99, all'art. 3/quarter assegna alle regioni la disciplina dell'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale, "...garantendo una popolazione minima di almeno 60.000 abitanti salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità di popolazione residente, disponga diversamente". La legge "Modifiche della L.R. 12/5/94, n. 19...e della L.R. 02/12/94 n. 50..." approvata dal Consiglio regionale nella seduta del 19/1/2000, vistata dal Commissario di Governo e in corso di promulgazione, all'art. 7 recepisce l'adeguamento al D.lgs. 229/99 relativamente alle dimensioni del Distretto, che deve avere una popolazione di almeno 60 mila abitanti.

In coerenza con le indicazioni del PSR, approvato con delibera del Consiglio n. 1235 del 22/9/99, il Distretto necessita di ambiti territoriali sufficientemente ampi, con popolazione intorno ai 100 mila abitanti, per garantire un mix ottimale di servizi sanitari e socio-assistenziali che permetta la conclusione dei principali percorsi terapeutici all'interno del territorio distrettuale. Le caratteristiche dell'integrazione dei servizi, invece, possono non essere compatibili con una popolazione superiore ai 150/180.000 abitanti.

E' possibile prefigurare, sulla base dei servizi offerti, due tipologie di Distretto:

- 1) Distretto ad alta complessità di servizi che comprende il Dipartimento di Cure Primarie (DCP), le articolazioni distrettuali territoriali e residenziali del SERT, i servizi sociosanitari territoriali e residenziali rivolti alla popolazione portatrice di handicap, ai minori e agli anziani.
- 2) Distretto a media complessità di servizi, che comprende il DCP, le strutture e i servizi per la popolazione anziana, le articolazioni distrettuali territoriali e semiresidenziali del SERT, della popolazione portatrice di handicap ed dei minori; mentre si avvale di un Distretto di riferimento per le strutture residenziali del SERT, per la popolazione portatrice di handicap e per i minori.

La Comunità Montana è un'area territoriale omogenea, la cui rete dei servizi sanitari territoriali richiede un modello organizzativo specifico. Qualora coincida con un distretto delle aziende sanitarie locali, questo dovrà garantire la presenza sul territorio di riferimento del Dipartimento delle cure primarie e della rete dei servizi per la popolazione anziana, di alcune articolazioni territoriali del SERT; per le strutture residenziali del SERT e dei servizi sociosanitari rivolti alla popolazione portatrice di handicap ed ai minori l'organizzazione dovrà avvalersi di un Distretto di riferimento. La presenza di un presidio ospedaliero nell'ambito della comunità montana richiede forme specifiche di integrazione.

1.2 Principi generali

Il Distretto è una delle macrostrutture delle Aziende Unità Sanitarie Locali; in un definito ambito territoriale governa la domanda sanitaria e organizza la produzione di "assistenza primaria" realizzata dai servizi territoriali.

Nel Distretto la rete integrata dei servizi è lo strumento organizzativo più idoneo al perseguimento degli obiettivi di salute indicati dal PSN, così come individuato in attuazione al PSR.

Tale modello che inserisce i medici di medicina generale nell'organizzazione del Distretto, pone le basi per la realizzazione delle reti integrate dei servizi, instaurando relazioni funzionali fra équipes multiprofessionali orientate agli utilizzatori e per processo di cura.

L'enfasi sulle competenze tecnico professionali trova concretezza in una organizzazione distrettuale che definisca chiaramente i percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali e assicuri l'accesso tempestivo a tutti i servizi e la continuità delle cure.

Deve essere, altresì, favorito uno stile di lavoro per équipes multiprofessionali su programmi/obiettivi specifici sia all'interno dei singoli dipartimenti che nelle aree interdipartimentali, definendo chiaramente le responsabilità.

L'organizzazione dei servizi secondo il modello delle reti cliniche integrate, prevede che il 'core' delle attività

sanitarie svolte sul territorio sia caratterizzato da bassa complessità sanitaria e da alta complessità assistenziale. Il concetto di bassa complessità sanitaria fa riferimento alla bassa intensività delle cure e si distingue, rappresentandone contestualmente la complementarità, dall'alta complessità sanitaria riferita alla intensività delle cure proprie dell'assistenza ospedaliera.

L'alta complessità assistenziale fa riferimento anche alla molteplicità dei professionisti coinvolti - dell'ambito sanitario e sociale - e ai fattori di contesto ambientale.

Le reti integrate si caratterizzano come organizzazioni "virtuali" di servizi le cui competenze professionali sono orientate verso la popolazione residente o verso categorie specifiche di assistiti.

La programmazione secondo reti di servizi si applica:

- a livello aziendale, evidenziando la necessità di integrare i piani di attività delle diverse unità operative secondo programmi orizzontali orientati a sottogruppi di popolazione focalizzati sul servizio reso, anziché sulla prestazione prodotta;
- a livello del singolo servizio, favorendo l'organizzazione per team multiprofessionali orientati per processo e all'utilizzatore, anziché per ambiti di competenze e/o per linee gerarchiche proprie degli ordinamenti professionali.

La definizione delle responsabilità a livello distrettuale, stabilita dal PSR, prevede che il garante dell'appropriatezza tecnico-professionale delle prestazioni sia il responsabile di dipartimento.

La linea di responsabilità garante della tempestività dell'intervento e della continuità delle cure fa riferimento per l'assistenza distrettuale al responsabile del Distretto, in quanto questa dimensione della qualità comporta, di norma, l'intervento di servizi oltre l'ambito dipartimentale.

Il richiamo a questi principi trova la sua ragione nella necessità di definire la mission e l'assetto organizzativo del Distretto, poiché occorre definire chiaramente i "nodi" della rete dei servizi territoriali per attivare i legami funzionali, "le maglie", che consentono il funzionamento della rete stessa.

1.3 Mission del Distretto

La 'mission' del Distretto è di governare la domanda di salute di una popolazione di riferimento assicurando i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie che il D.lgs. n. 229/99 richiama ed elenca all'art. 3-quinquies.

Le funzioni che rientrano nella 'mission' del Distretto comprendono sia attività squisitamente gestionali, sia attività riferibili alla funzione strategica aziendale.

E', pertanto, necessario distinguere le responsabilità proprie della produzione di servizi a valenza territoriale, che vengono portate in capo ai dipartimenti o alle loro articolazioni

organizzative, dalle funzioni di committenza. Queste ultime si richiamano all'esercizio della funzione di programmazione dei servizi necessari per la popolazione di riferimento, alla funzione di integrazione istituzionale dei servizi sanitari e sociali, alla titolarità dei rapporti con le rappresentanze istituzionali della popolazione e con le forme di aggregazione spontanea. Rientrano nella committenza anche il monitoraggio delle attività e la valutazione dei servizi prodotti. Il complesso delle funzioni citate compete al direttore di Distretto.

Il Distretto per conseguire la sua 'mission':

- Governa la domanda di servizi attraverso la valutazione sistematica dei problemi di salute della popolazione di riferimento;
- Assicura l'assistenza primaria alla popolazione di riferimento attraverso le strutture e i servizi presenti sul territorio, destinati all'assistenza sanitaria di primo livello e all'assistenza socio-sanitaria a rilievo sanitario;
- Coordina e integra fra loro le attività di assistenza sanitaria territoriale con l'assistenza sociale e valorizza l'integrazione tra i servizi e la rete sociale di solidarietà, formale e informale;
- Assicura l'equità di accesso, la tempestività, l'appropriatezza e la continuità delle cure per la popolazione di riferimento ovvero organizza l'accesso dei cittadini a tutte le prestazioni e servizi direttamente o indirettamente garantiti dal S.S.R;
- Attua gli interventi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e delle disabilità secondo programmi intersettoriali promossi congiuntamente con gli enti locali;
- Definisce i servizi necessari per la popolazione di riferimento;
- Programma le attività territoriali sulla base delle priorità indicate dalle istituzioni locali e degli obiettivi e delle risorse definite con la Direzione Generale;
- Valuta l'efficacia dei servizi attraverso la verifica delle attività svolte e dei risultati raggiunti;
- Promuove la comunicazione nei confronti dei cittadini, degli obiettivi di salute e dell'accessibilità ai servizi sanitari e sociosanitari all'interno di un sistema aziendale integrato di comunicazione.

1.4 Il governo clinico

Il PSN e il PSR fanno riferimento al governo clinico come strumento di realizzazione della qualità dei servizi prodotti dall'Azienda sanitaria. Il governo clinico è l'insieme di comportamenti, responsabilità e azioni che l'organizzazione e i professionisti si danno per garantire il miglioramento continuo

dei servizi erogati e la salvaguardia degli standard assistenziali.

Il PSR affida la responsabilità del governo clinico, funzione che assicura a livello aziendale qualità, efficienza tecnico operativa e distribuzione appropriata dei servizi, al Direttore Sanitario. Con altrettanta chiarezza al Direttore di Distretto viene affidata la responsabilità dell'integrazione orizzontale nei servizi territoriali che "esorbitano dagli ambiti territoriali del Dipartimento delle cure primarie". Si tratta di responsabilità che si esplicano nell'organizzazione dei programmi di assistenza orizzontali, rivolti al singolo o a gruppi significativi di popolazione, nei quali sono preminenti le esigenze di tempestività dell'intervento e di continuità dell'assistenza.

Gli strumenti del governo clinico sono:

- linee guida condivise basate sulla medicina della evidenza
- procedure definite
- chiara definizione delle linee di responsabilità organizzative
- programma di miglioramento continuo della qualità
- piani per la formazione professionale permanente
- politiche per la gestione dei rischi e per affrontare adeguatamente i problemi di scarsa performance
- valutazione multidimensionale dei problemi e dei bisogni del paziente
- presenza di chiare linee di responsabilità per la qualità dell'assistenza, tenendo conto del ruolo dei pazienti e degli assistiti nel definire e valutare la qualità percepita
- audit clinico sui singoli casi
- documentazione sanitaria

1.4.1 Il governo clinico per le patologie croniche ad alta prevalenza

Le patologie croniche più sotto riportate interessano oltre il 14% della popolazione regionale ed il loro trattamento richiede la competenza del MMG, supportato dal medico specialista per gli interventi specialistici e dall'intera équipe delle cure primarie per i programmi assistenziali continuativi nel tempo. I più recenti studi epidemiologici internazionali evidenziano che solo il 10% dei pazienti con patologia cronica di età > 65 anni riceve un trattamento adeguato. Nel triennio di validità del PSR è necessario estendere progressivamente alla popolazione interessata il trattamento adeguato, attraverso l'adozione di protocolli diagnostico terapeutici basati sulla evidenza scientifica e con programmi assistenziali integrati.

In ambito aziendale e distrettuale sono previsti programmi di governo clinico per le seguenti patologie croniche e/o di prevenzione di disabilità:

- patologie oncologiche in fase terminale

- scompenso cardiaco
- esiti di ictus cerebrale
- esiti di frattura del femore
- insufficienza respiratoria cronica
- patologie croniche neurologiche e osteoarticolari con disabilità progressiva
- patologie che comportano grave disabilità o handicap
- patologie dismetaboliche ed endocrine
- AIDS
- disturbi psichici

1.4.2 Il governo clinico e i programmi distrettuali

Nell'ambito del governo clinico si inquadra lo sviluppo e la realizzazione dei programmi aziendali in ambito distrettuale, strettamente legati agli obiettivi di salute del PSN, ripresi nel PSR, e che sono: la salute della donna, dell'infanzia e dell'età evolutiva, la salute degli anziani, le demenze senili, le dipendenze patologiche, la salute dei cittadini stranieri immigrati.

Tutti questi programmi sono approfonditi in specifici documenti regionali che indicano gli indirizzi e le linee guida di attivazione.

Il progetto speciale di intervento sulla prevenzione ed il trattamento delle demenze senili è già stato approvato con delibera della Giunta regionale n. 2581 del 30/12/99.

Per la rilevanza che assumono nell'assistenza distrettuale, sono di seguito riportati due programmi "salute donna" e "Famiglie, infanzia ed età evolutiva".

Salute Donna: l'obiettivo generale è il mantenimento dei livelli di eccellenza raggiunti dalla sanità regionale e la diffusione più ampia delle opportunità di fruizione dei servizi a tutta la popolazione target.

Sono di seguito individuati i principali obiettivi specifici, che saranno arricchiti e completati da ulteriori contributi nell'elaborazione dei Piani per la Salute:

- garantire, in stretta connessione con i presidi ospedalieri, l'assistenza appropriata alla nascita con l'adozione di un percorso che preveda il coinvolgimento di tutti i servizi interessati, per assicurare qualità nell'assistenza al parto e per incrementare i parti spontanei e fisiologici; tutelare, altresì, la fertilità attraverso la prevenzione, la diagnosi e la terapia della sterilità singola e di coppia; ridurre l'incidenza della sterilità garantendo i percorsi di accesso ai servizi e ai centri specialistici di riferimento di 2° e 3° livello.
- Potenziare le attività preventive ed assistenziali rivolte agli adolescenti giovani per ridurre i comportamenti a rischio, in collegamento con gli altri servizi sanitari e con le istituzioni e le associazioni interessate.

- Promuovere interventi di informazione, educazione e sensibilizzazione a favore della maternità e della paternità responsabili.
- Garantire percorsi integrati socio sanitari alle donne e alle coppie che si trovino in situazioni di difficoltà sociali o relazionali che ostacolano l'accettazione della gravidanza.
- Garantire consulenza, assistenza e percorsi socio-sanitari adeguati ai bisogni delle donne e delle coppie al fine di prevenire gravidanze indesiderate.
- Promuovere interventi di tipo preventivo per le donne in menopausa per ridurre i fattori di rischio per le patologie croniche più frequenti nell'età post fertile, quali l'incontinenza urinaria e l'osteoporosi.
- Promuovere iniziative di comunicazione e di informazione al fine di assicurare l'adesione ai programmi di screening per i tumori femminili da parte di tutta la popolazione target.
- Garantire i percorsi diagnostico terapeutici alle donne con patologia mammaria fuori screening e la diagnosi precoce dei tumori genitali femminili (endometrio, ovaio) non sottoposti a screening di popolazione.
- Fornire interventi diagnostico terapeutici ai singoli e alle coppie con difficoltà di ordine sessuale e promuovere interventi educativi sulla salute sessuale al fine di ridurre i comportamenti a rischio nella popolazione di riferimento.
- Fornire interventi informativi ed interventi clinici, relativamente all'esercizio dei ruoli genitoriali, ai conflitti di coppia ed inter generazionali in stretta collaborazione con gli altri servizi del Distretto, gli enti locali e le associazioni di volontariato presenti nel territorio.
- Facilitare l'accesso della popolazione immigrata alle prestazioni e ai percorsi propri dei Consultori Familiari, in stretta collaborazione con gli altri servizi del Distretto, gli enti locali e le associazioni di volontariato presenti nel territorio.

Salute infanzia: l'obiettivo generale è il mantenimento dei livelli di eccellenza raggiunti dalla sanità regionale e la diffusione più ampia delle opportunità di fruizione dei servizi a tutta la popolazione target.

Anche in questo caso sono, di seguito, individuati i principali obiettivi specifici, che saranno arricchiti e completati da ulteriori contributi nell'elaborazione dei Piani per la Salute.

Gli obiettivi di salute individuale sono:

- Garantire, nell'ambito del programma trasversale "percorso nascita" in stretta connessione con i presidi ospedalieri, una migliore presa in carico ed una continuità dell'assistenza per tutti i nuovi nati, anche in caso di dimissione precoce del neonato sano;

promuovere l'allattamento al seno; attivare protocolli per l'individuazione e la presa in carico tempestiva del neonato a rischio socio-sanitario.

- Migliorare, in stretta collaborazione con l'ospedale, l'assistenza a domicilio per patologie o sintomatologie cliniche per le quali il ricorso al pronto soccorso e al ricovero ospedaliero risulta frequentemente non appropriato; assicurare la continuità della cura del bambino dopo un ricovero ospedaliero per patologia acuta e cronica; garantire ai bambini affetti da patologia cronica la continuità della cura per una qualità di vita adeguata all'età.
- Assicurare a tutti i bambini un programma di assistenza sanitaria basato su bilanci di salute ad età filtro e/o su protocolli specifici per i più importanti problemi di sviluppo e di salute.
- Ridurre il rischio di disabilità facilitando la presa in carico globale del neonato a rischio o con patologia neurologica conclamata, del bambino o del ragazzo con patologia neuro psichiatrica (con attenzione al nucleo familiare), del minore con disturbo relazionale o con patologia psichiatrica ad esordio acuto, in stretta collaborazione con il DSM.
- Attivare percorsi diagnostici e di segnalazione precoce per relazioni genitori-bambino a rischio.
- Partecipare, in stretta connessione con i servizi sociali e con i centri per le famiglie, alle attività di promozione della salute e di sostegno ai nuclei familiari di stranieri immigrati e alle famiglie multiproblematiche.

Gli obiettivi di sanità pubblica per minori sono:

- Mantenere i livelli di copertura vaccinale e migliorare il monitoraggio dello stato di immunità della popolazione target per le malattie infettive prevenibili con vaccinazione.
- Assicurare a tutta la popolazione di riferimento screening di provata efficacia, garantendone l'omogeneità sul territorio aziendale ed evitando le indagini non sostenute da evidenze scientifiche.
- Concorrere all'attuazione dei programmi intersettoriali, per l'adozione di stili di vita più sani con particolare riguardo alla diffusione di modelli nutrizionali adeguati, alla prevenzione della carie, alla riduzione dell'abitudine al fumo di tabacco, all'incremento dell'attività motoria, all'eliminazione dell'uso di alcool e di sostanze stupefacenti e alla promozione di comportamenti che riducano il rischio di incidenti stradali.
- Collaborare con il Dipartimento di sanità pubblica per garantire idonei standard di sicurezza e comfort nelle comunità ospitanti minori.

1.5 Il governo economico finanziario ed il piano dei centri di costo del Distretto

Il D.lgs. 229/99, art.3-quater, attribuisce al Distretto risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Unità sanitaria locale.

Al Distretto, a conclusione della fase di programmazione negoziata effettuata nell'ambito della direzione generale allargata, sono assegnate le risorse sulla base degli obiettivi di salute stabiliti e dei conseguenti Piani delle Azioni, inseriti nel Programma delle attività territoriali. Una fase successiva di negoziazione assegna le risorse ai centri di responsabilità del Distretto per la produzione delle attività stabilite e definisce, con le altre macrostrutture dell'azienda nell'ambito della committenza, un piano di acquisizione di prestazioni, di servizi, di beni e di risorse umane.

Il P.S.R. ritiene prioritario elaborare nuove rappresentazioni contabili per i distretti per valutare i livelli di performance complessivi, per confrontare le diverse realtà distrettuali e disporre di utili strumenti di programmazione e controllo da parte dell'azienda. All'interno del bilancio aziendale i relativi flussi economico-finanziari descrivono sia l'area della produzione del Distretto, sia l'area della committenza. Per attuare l'autonomia finanziaria è, pertanto, necessario definire i flussi finanziari del Distretto.

I flussi finanziari interni all'azienda si stabiliscono fra il Distretto e le altre macrostrutture aziendali, quali i presidi ospedalieri, il Dipartimento di sanità pubblica, gli altri distretti, il dipartimento di salute mentale.

I flussi finanziari esterni all'azienda si stabiliscono fra Distretto e Comuni per le attività di integrazione dell'assistenza sociosanitaria e sono contenuti nel programma delle attività territoriali, approvato dal Direttore Generale.

I flussi finanziari fra Distretto e privati avvengono nell'ambito di contratti di fornitura stabiliti a livello aziendale.

La rappresentazione contabile dell'area della committenza del Distretto si realizza con la definizione di un piano di acquisizione di prestazioni e servizi nei confronti delle altre macrostrutture aziendali.

I flussi economici devono essere coerenti alla nuova organizzazione della funzione di produzione, la quale comporta una modifica del piano dei centri di costo tale da rappresentare il nuovo assetto delle unità operative .

A regime, il Dipartimento delle cure primarie diviene un centro di responsabilità e i suoi centri di costo principali sono: i nuclei delle cure primarie, le unità pediatriche distrettuali, i consultori familiari di secondo livello, le unità di medicina

generale e di assistenza specialistica ambulatoriale, la struttura amministrativa dell'accesso ai servizi (lo sportello unico).

Il SERT distrettuale è un centro di responsabilità con centri di costo relativi alle articolazioni ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali dei SERT.

Afferiscono ad un centro di responsabilità le strutture dell'integrazione sociosanitaria a carattere residenziale e semiresidenziale presenti nel Distretto e rivolte alle persone anziane, ai malati terminali, alle persone con handicap.

La coerenza fra i flussi economico finanziari di previsione (per lo svolgimento della funzione di produzione e di committenza del Distretto) e i conseguenti flussi economici finanziari di consuntivo indica la correttezza della valutazione economica proposta dal direttore di Distretto al Direttore Generale e approvata nella fase di negoziazione. In particolare, essa può offrire valutazioni sull'efficienza dei servizi di produzione e sulla capacità di acquisire correttamente i servizi necessari dal parte del Distretto committente.

La rilevazione dei costi imputati ai relativi centri costo è sufficiente a rappresentare dal punto di vista contabile la fase dei costi di produzione, mentre invece non è sempre possibile attribuire i costi alle attività svolte.

E' necessario pertanto che nell'arco di attuazione del PSR siano precisate le attività svolte nel Distretto dai singoli centri di costo, siano individuate le tipologie standard e rilevati i costi unitari. L'individuazione di tariffe predefinite per le principali tipologie di attività permette al Distretto di scambiare prestazioni con le altre macrostrutture dell'azienda.

In attesa che un apposito decreto ministeriale determini la remunerazione massima delle funzioni assistenziali di cui all'art.8-sexies del D.lgs. 229/99 è necessario individuare "per i principali programmi assistenziali gli standard organizzativi e i costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta".

I principali programmi assistenziali a forte integrazione per i quali è necessario definire gli standard organizzativi e i costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, sono :

- 1) il percorso nascita comprese l'assistenza, il monitoraggio della gravidanza e del parto e l'assistenza neonatale;
- 2) i programmi di screening per la prevenzione dei tumori femminili;
- 3) i programmi diagnostico terapeutici e riabilitativi per i bambini affetti da patologie di tipo neuropsichiatrico;
- 4) i programmi di assistenza domiciliare integrata articolati nei 3 livelli di intensità sanitaria;
- 5) i programmi diagnostico-terapeutici per le patologie croniche a più alta prevalenza;
- 6) i programmi riabilitativo - assistenziali dei pazienti con esiti di ictus cerebrali, esiti di fratture di femore;

- 7) i programmi terapeutici e assistenziali per pazienti affetti da tumore nella fase terminale della vita;
- 8) i programmi terapeutico-riabilitativi e di reinserimento sociale dei pazienti affetti da dipendenza patologica,
- 9) i programmi terapeutico-riabilitativi e di reinserimento sociale dei pazienti cronici affetti da patologia psichiatrica;
- 10) i programmi diagnostico terapeutici e assistenziali dei pazienti affetti da demenza senile;
- 11) i programmi socio-riabilitativi dei pazienti affetti da handicap medio grave.

1.6 Struttura organizzativa del Distretto

Il Direttore Generale definisce con atto aziendale di diritto privato l'assetto organizzativo e le modalità di funzionamento dell'Azienda Unità sanitaria locale, secondo un'articolazione di base garante dell'uniformità sul territorio regionale, in coerenza con la legge regionale di modifica della L.R. n° 19/94, approvata dal Consiglio regionale nella seduta del 19/1/2000, ai sensi del D.lgs. 229/99 ed alle ulteriori direttive regionali da emanarsi da parte della Giunta.

Sono organi del Distretto il direttore di Distretto e l'ufficio di coordinamento

Il direttore di Distretto, quale parte integrante della direzione aziendale, assicura l'attuazione della missione del Distretto. Il Direttore di Distretto si avvale "dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali", così come definito dal D.lgs. n.229/99 all'art.3 sexies".

L'atto aziendale, pertanto, valorizza l'autonomia del Distretto, stabilisce le responsabilità delle sue articolazioni con riguardo ai risultati da conseguire ed agli strumenti di verifica.

La struttura organizzativa del Distretto, definita con l'atto aziendale, deve assicurare lo svolgimento delle funzioni:

- di direzione, coordinamento ed integrazione delle attività distrettuali
- di produzione delle attività sanitarie distrettuali
- di committenza per i cittadini residenti
- di integrazione sociale sanitaria con gli enti locali

Una struttura di direzione, di supporto al direttore di Distretto, assicura lo svolgimento delle funzioni di coordinamento, di integrazione e di vigilanza avvalendosi di competenze mediche, infermieristiche, farmaceutiche, tecnico/amministrative e sociali.

La competenza infermieristica è svolta dal servizio infermieristico, le cui funzioni saranno precisate con apposite linee guida dell'assessorato alla sanità, in coerenza con la direttiva di giunta regionale relativa al profilo e alle funzioni del servizio infermieristico aziendale, così come prevista dalla legge regionale sopracitata, che modifica la L.R. 19/94, ai sensi del D.lgs. 229/99.

La direzione amministrativa aziendale mantiene il governo di tutta l'organizzazione interna ed assiste, come fornitore interno, i servizi di produzione del Distretto per la gestione delle risorse finanziarie ed umane. Inoltre, a livello del Distretto essa garantisce:

- la qualità delle procedure organizzative di natura amministrativa e logistica;
- la legittimità dell'attività e degli atti;
- l'efficienza e lo sviluppo dei servizi informativi, sia consuntivi che previsionali.

Il direttore generale dell'azienda sanitaria locale stabilisce nell'atto aziendale le modalità e il funzionamento della **funzione di committenza** del Distretto, che comporta un riordino ed un potenziamento delle attività di indirizzo, di verifica e di controllo dei risultati di salute attesi.

Il direttore generale dell'azienda sanitaria locale stabilisce sempre nell'atto aziendale le modalità e il funzionamento della **funzione di produzione** del Distretto, in analogia con quanto previsto per le altre strutture organizzative dell'Azienda USL. In coerenza con le normative regionali definisce la seguente articolazione base: dipartimenti, unità operative, moduli organizzativi e programmi.

1.6.1 Il Programma delle attività territoriali: strumento di pianificazione del Distretto

Il programma delle attività territoriali, così come previsto dal D.lgs. 229/99, art 3 quater, rappresenta l'atto esplicito della programmazione negoziata attuata con le altre macrostrutture dell'Azienda e con i Comuni sulla base delle risorse assegnate, tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.

Tale atto è proposto dal direttore di Distretto, contiene il parere del comitato dei sindaci ed è approvato dal direttore generale. Per quanto attiene alle attività sociosanitarie è approvato d'intesa con il comitato dei sindaci.

Il Programma delle attività territoriali definisce i risultati di salute attesi, le attività previste e le risorse assegnate.

Il Programma delle attività territoriali:

- prevede la localizzazione dei servizi che rientrano nella funzione di produzione del Distretto;
- definisce i volumi qualitativi dell'assistenza specialistica necessari per garantire l'assistenza specialistica ambulatoriale avvalendosi anche dell'acquisizione presso i presidi ospedalieri o privati accreditati;
- garantisce il coordinamento delle attività integrate fra Distretto e le altre macrostrutture dell'azienda in particolare con i presidi dell'assistenza ospedaliera, del Dipartimento di sanità pubblica e del DSM e ne prevede l'inserimento organico nel piano stesso;
- determina i volumi e le tipologie delle prestazioni sociosanitarie, la localizzazione dei presidi per il

territorio di competenza, la loro erogazione e le relative risorse con le rispettive quote di competenza.

Il Programma delle attività territoriali è sottoposto a verifica annuale alla quale concorre il comitato dei sindaci di Distretto. La verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti, deve essere capace di offrire reali informazioni ai valutatori e deve diventare un qualificato, straordinario, strumento di partecipazione informata per i cittadini interessati.

A tale proposito la verifica deve:

- descrivere le risorse impiegate e le attività svolte sia per la funzione di produzione che di committenza
- esporre i risultati conseguiti rispetto ai risultati di salute attesi.

In sintesi, la verifica del Programma delle attività territoriali deve contenere informazioni sintetiche capaci di descrivere la coerenza delle attività svolte con gli obiettivi di salute e la congruenza con le risorse impiegate. Solo così potrà essere di supporto per l'elaborazione della politica dei servizi e la programmazione degli interventi.

Cap. 2 - LA FUNZIONE DI COMMITTENZA

La funzione di committenza è intesa come la definizione dei servizi necessari per rispondere ai bi sogni di salute della popolazione di un determinato territorio e come lo strumento indispensabile per la programmazione.

Il PSR riporta all'interno dell'azienda sanitaria territoriale l'esercizio della funzione di committenza e il Distretto è la sede elettiva per l'esercizio di detta funzione.

In questa luce si evidenzia la necessità di spostare i centri decisionali per la determinazione dell'offerta dai luoghi di cura (ospedale) ai luoghi dove nasce e si rileva il bisogno (Distretto).

Il governo di questo complesso processo fa capo ai Direttori del Distretto, in stretta connessione con le altre articolazioni aziendali; la Direzione generale ne assicura il coordinamento, la coerenza con i bisogni di salute e la compatibilità con le risorse disponibili.

Sono di seguito definite le diverse fasi del processo di committenza, le competenze tecniche indispensabili per esercitarle, la struttura organizzativa distrettuale dedicata a questa funzione e il rapporto con le istituzioni locali.

La funzione di committenza ha in sé tutto il potenziale di forte leva per il cambiamento, poiché può accelerare l'evoluzione di servizi equi ed efficaci necessari a migliorare la salute della popolazione di riferimento e orientare tutta l'attività del SSR verso quel "guadagno in salute " che è l'obiettivo centrale del piano sanitario.

Il fine della committenza è quello di fare l'uso migliore delle risorse per migliorare la salute e prevenire la malattia, sia acquisendo/negoziando i servizi necessari, sia cercando di

influenzare altre organizzazioni affinché contribuiscano a questo scopo, in una visione di sistema che pone la salute di una determinata popolazione come preoccupazione globale dell'intero sistema sociale e non solo della sanità.

Il successo della funzione di committenza dipende principalmente dall'abilità del direttore di Distretto di costruire e mantenere alleanze con gli utenti, con i professionisti e il management del servizio sanitario, con le autorità locali, con i rappresentanti delle associazioni dei cittadini utenti e di facilitare le alleanze interne fra questi stessi soggetti.

Per il successo della funzione di committenza è, altresì, necessaria l'aggregazione organizzativa e/o funzionale di quanto è ora svolto frammentariamente nel Distretto e in altre strutture tecniche dell'Azienda, un riordino delle attività del sistema informativo distrettuale, compreso quello relativo alla rilevazione delle attività di integrazione sociosanitaria; richiede una precisa individuazione delle attività di verifica delle attività e di monitoraggio degli accordi contrattuali di fornitura. Nel Distretto dovranno risiedere le competenze per la lettura e valutazione dei bisogni della popolazione residente, collegate strettamente alle conoscenze distrettuali ed aziendali preposte alle valutazioni epidemiologiche.

Le conoscenze dei MMG relative al governo clinico delle malattie afferenti alle cure primarie sono un costante supporto al Direttore di Distretto per la definizione qualitativa e quantitativa dei volumi di prestazioni o di attività necessarie per affrontare le patologie prevalenti.

2.1 La funzione di committenza e i Piani per la Salute (PPS)

I PPS rappresentano la condizione di realizzazione primaria, il "core", della funzione di committenza. Hanno durata triennale, sono elaborati - coerentemente con gli indirizzi e le strategie definiti dal PSN 1998-2000 e dal PSR 1999-2001 - sulla base della situazione demografica, epidemiologica e socioeconomica locale.

I PPS rappresentano la "specificazione locale degli obiettivi di salute e si sostanziano in un piano poliennale di azione elaborato e realizzato da una pluralità di attori, coordinati dagli Enti Locali a livello di Conferenza territoriale in quanto sede del patto di solidarietà per la salute".

I PPS, secondo appositi indirizzi regionali, debbono:

- individuare i più importanti bisogni di salute della popolazione di riferimento e le risposte in termini di promozione della salute e prevenzione della malattia che l'ASL, gli EELL e le altre organizzazioni coinvolte si impegnano a dare;
- individuare i principali bisogni di assistenza sanitaria e sociale della popolazione locale e le modalità di risposta in termini di offerta di servizi da parte delle Aziende Sanitarie, EE.LL, settore del privato sociale e del privato accreditato;

- individuare l'entità, la localizzazione e i tipi di investimento nei vari settori ed attività, compreso il settore sanitario, necessari a rispondere ai bisogni della popolazione locale sopra definiti, nonché le modalità di interconnessione fra le azioni di competenza dei vari enti e organizzazioni, comprensive dell'indicazione delle risorse disponibili e dei tempi;
- individuare le modalità di verifica, in corso d'opera e finale, del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Pertanto, le principali fasi della funzione di committenza del Distretto si attuano attraverso:

- valutazione del bisogno di salute
- definizione delle priorità
- verifica dell'appropriatezza dei servizi offerti
- orientamento della produzione e/o definizione degli accordi contrattuali
- valutazione dei risultati in termini di impatto sulla salute e di rapporto costo/efficacia.

L'apporto distrettuale all'elaborazione del PPS si concretizza nell'elaborazione del Programma delle Attività Territoriali, che rappresenta il contributo "dal basso" della comunità locale ad una politica di salute, come richiesto dal PSR.

2.1.1 La valutazione del bisogno di salute

Il Distretto può governare la domanda di servizi se identifica correttamente i bisogni di salute della popolazione del suo territorio, attraverso il già citato PPS; per fare ciò occorre:

- descrivere i problemi di salute della popolazione di riferimento
- identificare eventuali rischi correlati al territorio: rapporto ambiente di vita e malattia
- identificare le disuguaglianze (soprattutto non espresse) in termini di salute, di possibilità d'accesso ai servizi sanitari e di garanzia della continuità delle cure
- valutare l'adeguatezza e l'accessibilità dei servizi offerti rispetto ai problemi di salute rilevati.

In questo modo, oltre ad individuare i problemi prevalenti a livello locale, costruendo una sorta di "disease mapping", si contribuisce ad evidenziare anche quelli a rilevanza sovradistrettuale e sovraaziendale che saranno oggetto di specifici programmi all'interno delle Zone di Azione per la Salute (ZAS), richiamate dal PSR.

2.1.2 La scelta delle priorità

La scelta delle priorità tra i vari servizi deve tenere conto di tre determinanti che sovente non sono congruenti fra loro:

- i bisogni di salute
- la domanda di prestazioni/servizi
- l'offerta di servizi.

Questa scelta deve essere fatta con riguardo all'importanza che i servizi hanno per i cittadini, alla loro percezione dei problemi di salute e, ovviamente, deve tenere conto delle risorse disponibili. All'esercizio della funzione di committenza è riconducibile la decisione in merito a quali servizi sanitari acquisire e per chi, a quante risorse investire in attività di prevenzione e di promozione della salute e, infine, a come garantire l'equità distributiva.

La valutazione del bisogno di salute e la scelta delle priorità sono il risultato della programmazione negoziata che si svolge in sede di conferenza sanitaria territoriale. Questi passaggi costituiscono momenti fondamentali per la definizione, a livello aziendale, del Piano Attuativo Locale e dei Piani poliennali delle Azioni e a livello distrettuale del Programma delle Attività Territoriali. Il PSR, nel cap. 10, definisce e rappresenta i due percorsi paralleli, continuamente integrati tra loro, per attuare la politica per la salute e la politica dei servizi.

2.2 Le aree della committenza.

Si ritiene utile proporre, mutuandolo dall'esperienza inglese, l'approccio metodologico che correla determinati gruppi di popolazione che rappresentano i bisogni di assistenza sanitaria (HBG Health Benefit Groups) con raggruppamenti di risorse assistenziali per bisogni specifici (HRG Healthcare Resource Groups).

Le correlazioni fra i due raggruppamenti (bisogni e risorse) possono comprendere quattro condizioni/attività chiave:

- | | |
|-----------------------------------|---|
| - Popolazione a rischio / | - Attività di prevenzione |
| - Presenza di sintomi specifici / | - Attività di accertamento |
| - Malattia diagnosticata / | - Attività di trattamento |
| - Malattia cronicizzante / | - Attività di follow up e assistenza continua |

Questi quattro livelli di condizione/attività si collegano l'un l'altro in una progressione che simula il normale processo di assistenza e sono definiti nell'ambito del governo clinico.

Il Distretto riconduce le condizioni attività/chave sopra descritte in appositi rapporti con le altre macrostrutture dell'azienda. Con l'assistenza ospedaliera l'area della committenza si esplica attraverso la definizione qualiquantitativa delle attività di: ricovero, specialistiche ambulatoriali, urgenza - emergenza.

Per il Dipartimento di salute mentale l'area di committenza si esplica con la definizione qualiquantitativa di: attività di ricovero, prestazioni ambulatoriali e consulenze specialistiche, attività residenziali e semiresidenziali psichiatriche.

Per il Dipartimento di sanità pubblica l'area della committenza si esplica con la definizione qualiquantitativa: di prestazioni nei confronti del singolo collegate alle attività di medicina legale, medicina fiscale, vaccinazioni; di prestazioni rivolte alle comunità per le attività di vigilanza sanitaria nei confronti delle comunità infantili, scuole, centri residenziali.

2.3 La gestione degli accordi contrattuali

Fermo restando che la competenza degli accordi contrattuali afferisce alla Direzione aziendale, è comunque a livello di Distretto che si collocano l'individuazione delle specificità degli accordi contrattuali e la verifica della corretta attuazione degli stessi.

La strategia della contrattazione implica la responsabilizzazione congiunta dei due attori, committente e produttore, sui risultati complessivi nei confronti della popolazione residente. E', quindi, necessario che siano presenti efficaci meccanismi di esplicita negoziazione, similmente a quanto avviene tra regione e aziende in ambito di concertazione. La contrattazione guidata da una strategie di salute richiede legami interni efficaci tra chi si occupa degli accordi contrattuali e l'altro personale interessato per la condivisione del processo di contrattazione/concertazione. Infine, per tradurre una strategia di salute in una serie di accordi e contratti è necessario correlare le categorie usate per l'accertamento del bisogno e per gli obiettivi di salute con quelle usate per definire gli accordi contrattuali.

Un utile strumento operativo in questo senso è lo schema concettuale sottoriportato che correla categorie di bisogni a forme di accordi contrattuali:

Bisogni (definizione/categoria) Accordi/Contratti

- | | |
|--|---|
| - Per gruppi di assistiti/ es. anziani non autosuff. | - Per produttore/es. privato sociale |
| - Per condizioni / es. pazienti ipertesi | - Per specialità clinica/es. attività ambulatoriali/degenza ospedaliera |
| - Per area geografica / es. talassemia | - Per settore geografico del produttore
es. screening/attività ambulatoriale/degenza |

Un approfondimento meritano gli accordi stipulati con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta per l'erogazione delle attività relative alle cure primarie. Si tratta di forme che definiscono su base aziendale gli obiettivi, i programmi di attività e i conseguenti livelli di spesa programmati dei medici singoli o associati. Su tale base sono poi definiti gli specifici accordi distrettuali.

2.3.1 La valutazione dei risultati

I contratti devono contenere le modalità di controllo e di monitoraggio e devono specificare le azioni da intraprendere in caso di mancato rispetto degli accordi.

I controlli possono prevedere verifiche occasionali o programmate presso il fornitore, verifiche sulla documentazione dell'attività svolta, oppure rilevazioni del grado di soddisfazione da parte dei cittadini utenti sulla qualità percepita del servizio.

La qualità del servizio reso dal fornitore in termini di esiti e la coerenza con i percorsi clinico assistenziali predisposti sono valutati applicando gli strumenti del governo clinico.

Il direttore del Distretto ha il mandato di monitorare la soddisfazione dei bisogni di salute per la popolazione di riferimento e di valutare assieme al comitato dei sindaci i risultati di salute attesi. Gli strumenti principali sono gli indicatori e le misure di performance individuate dai responsabili del governo clinico e del governo economico. Questi indicatori devono consentire di:

- valutare la qualità e l'appropriatezza delle singole prestazioni erogate dai fornitori
- la tempestività e la continuità terapeutica del servizio reso e i relativi costi
- confrontare la performance dei vari fornitori con le medie nazionali e con altri produttori potenziali o attuali.

L'attuazione dei principali obiettivi indicati nel governo clinico e dei principali programmi indicati nel governo economico permetteranno lo sviluppo degli adeguati indicatori per la verifica richiesta nella fase di committenza.

2.4 Il sistema di comunicazione distrettuale

La comunicazione interna e verso gli utilizzatori è strumento indispensabile per modernizzare e qualificare la produzione di servizi, le modalità di accesso e di fruizione.

Il Distretto, nella sua funzione di committenza, svolge un ruolo centrale nel sistema di comunicazione aziendale, in quanto, attraverso l'assistenza primaria, l'integrazione sanitaria e sociale, gli interventi di promozione alla salute, il governo della domanda dei servizi, ha relazioni continue con la popolazione di riferimento.

Conoscere aspettative e bisogni, informare, raccogliere valutazioni sulla qualità percepita del servizio ricevuto costituiscono azioni indispensabili per rendere il cittadino "utilizzatore consapevole". Pertanto, è esigenza imprescindibile il confronto sistematico e la collaborazione del Distretto con le diverse forme istituzionalizzate di partecipazione dei cittadini, prime fra tutte i Comitati consultivi Misti.

Lo sviluppo del sistema di comunicazione distrettuale deve prevedere:

- la qualificazione degli strumenti di relazione diretta con il cittadino: informazione, accoglienza, tutela, partecipazione;
- una formazione adeguata e permanente rivolta a tutti gli operatori e, specifica, a quanti hanno un rapporto diretto con i cittadini utenti;
- interventi formativi per gli addetti agli sportelli unici dell'accesso, mirati alle attività di prima accoglienza, presa in carico, di orientamento amministrativo/logistico per i cittadini.

Il sistema di comunicazione distrettuale è in rete con il sistema di comunicazione aziendale, a tal fine si integra con le strutture organizzative che fanno riferimento all'URP, all'Ufficio Stampa, allo Sportello Unico dell'Accesso, allo Sportello per la Prevenzione e al Servizio di Educazione alla Salute, al Punto unico di accesso alle cure domiciliari sanitarie.

Nel sistema di comunicazione distrettuale, gli sportelli unici dell'accesso costituiscono lo strumento qualificato per facilitare la fruizione e dei servizi e la semplificazione dei percorsi per gli utenti.

Cap. 3 - LA FUNZIONE DI PRODUZIONE

Obiettivo del PSR è distinguere nell'ambito del Distretto le responsabilità derivanti dalle esigenze proprie della produzione di servizi a valenza territoriale rispetto a quelle legate alla integrazione e alla programmazione strategica.

Il processo di aziendalizzazione avviato con l'istituzione del Aziende sanitarie nel 1994 non ha potuto completare la realizzazione dell'assistenza distrettuale che è rimasta la sede di attività svolte ancora in modo frammentato e con grande disomogeneità.

Occorre, pertanto, per le attività prodotte dal Distretto superare definitivamente la struttura articolata in servizi territoriali (ex L.R.1/1980) per poter garantire modalità omogenee di erogazione e di fruizione dei servizi sanitari, caratterizzati da integrazione e tempestività, sull'intero territorio regionale.

Il modello organizzativo individuato risponde alle esigenze sopracitate e contiene la flessibilità necessaria per adattarsi alle diverse realtà.

Nell'ambito della funzione di produzione, sarà l'atto aziendale a definire le attività che devono essere erogate dal Distretto, le attività di integrazione intradistrettuale e quelle intra aziendale che devono essere garantite alla popolazione.

Le attività erogate dal Distretto sono quelle inerenti l'assistenza primaria, l'assistenza per le tossicodipendenze e l'assistenza socio-sanitaria, quest'ultima in stretta connessione con i comuni.

3.1 Il Dipartimento delle Cure Primarie

Il Dipartimento delle Cure Primarie (DCP) è una struttura organizzativa complessa costituita da un insieme di unità operative e di moduli organizzativi, sulla base dell'affinità del sistema tecnico con riferimento alle cure primarie.

Le cure primarie rappresentano il "cuore" del sistema di produzione del Distretto, sono erogate dal DCP e comprendono:

- l'assistenza di medicina generale e infermieristica, l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza domiciliare, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza

residenziale e semi residenziale, l'assistenza pediatrica e l'assistenza consultoriale.

Rientrano nell'assistenza primaria:

- la cura delle malattie croniche, in particolare quelle ad alta prevalenza; la tutela della salute di alcune popolazioni target quali l'infanzia ed età evolutiva, le donne; l'assistenza globale nei confronti di soggetti deboli quali anziani, persone con handicap fisici; le prestazioni sociali a rilievo sanitario di aiuto alla persona ma erogate dai Comuni, come indicato dal D.lgs.n. 229/99.

Per realizzare l'assistenza primaria è necessaria l'integrazione della Medicina Generale nelle attività distrettuali e, più precisamente nel DCP, con un radicale cambiamento dell'attuale assetto organizzativo dei Servizi territoriali e dell'attività dei MMG. Il DCP ha autonomia tecnicoprofessionale e gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti.

La sua 'mission' contempla la produzione di prestazioni e servizi centrati sul bisogno della persona e caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, di efficacia e di qualità tecnica, nonché da una gestione efficiente delle risorse. Inoltre, il DCP promuove il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e competenze professionali attraverso iniziative di formazione. In questo ambito si esercita il governo clinico quale strumento più idoneo per implementare nelle cure primarie nuovi programmi assistenziali, per valutare e migliorare la qualità dell'assistenza e dei servizi erogati. Nel governo clinico sono coinvolti tutti i componenti delle équipes dei NCP e delle altre strutture organizzative presenti nel dipartimento stesso.

Le principali unità operative e moduli organizzativi che costituiscono il DCP sono:

- i nuclei di cure primarie (NCP) che ne costituiscono la rete clinica ed assicurano l'erogazione di prestazioni di assistenza primaria, la continuità assistenziale e la realizzazione dei programmi sanitari che si esauriscono all'interno del NCP
- l'Unità di medicina generale e di assistenza specialistica ambulatoriale territoriale
- il consultorio familiare di 2° livello che assicura per l'équipe dei nuclei delle cure primarie la gestione di programmi rivolti alla tutela della salute della donna e l'erogazione di prestazioni o attività che per peculiarità e specificità necessitano di competenze consultoriali multidisciplinari
- l'unità pediatrica distrettuale che assicura le attività cliniche di 2° livello per l'équipe delle cure primarie e attua i programmi di pediatria di comunità
- la struttura amministrativa che costituisce lo sportello unico distrettuale per facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini.

Il direttore generale nell'atto aziendale, in conformità a quanto stabilito per l'intera organizzazione dipartimentale dell'azienda, definisce la struttura organizzativa del DCP e i suoi organi di gestione. Qualora sia nominato direttore del DCP un medico di medicina generale, dovranno essere seguiti gli stessi criteri previsti dal decreto n°229/99 per la nomina del direttore di Distretto.

3.1.1 I nuclei per le cure primarie

Per garantire ai cittadini il complesso delle cure primarie è necessario individuare delle aree territoriali omogenee, con caratteristiche geomorfologiche simili, con popolazione 10/30mila abitanti, che coincidano o comprendano uno o più comuni. Per comuni con popolazione superiore a 30.000 abitanti le aree territoriali omogenee possono coincidere con le circoscrizioni comunali.

In ogni area territoriale omogenea opera un Nucleo di Cure Primarie (NCP), formato dai medici di medicina generale (MMG) e dai pediatri di libera scelta (PDLs). A questi nuclei, man mano che aumenterà il portafoglio di attività svolte, confluiranno funzionalmente gli operatori professionali dell'area, che attualmente svolgono la loro attività nei diversi Servizi del Distretto.

Gli altri operatori professionali che afferiscono al NCP sono: assistente sanitaria, infermiere professionale, farmacista, assistente sociale, educatore professionale, addetto all'assistenza di base, ostetrica, terapeuta della riabilitazione. Essi opereranno su progetti o programmi definiti e per specifici piani assistenziali.

A livello del NCP si realizza, pertanto, l'integrazione professionale e operativa delle diverse figure, indipendentemente e nel rispetto delle strutture organizzative di appartenenza, siano esse articolazioni del SSN o dei Comuni.

La composizione media di un nucleo di cure primarie può essere la seguente:

- 8-15 medici di medicina generale
- 3-4 pediatri di libera scelta
- infermieri, assistenti sanitarie, ostetrica
- assistente sociale dei comuni
- farmacisti titolari delle farmacie presenti nel territorio di riferimento

A seconda delle dimensioni del Distretto ogni DPC comprenderà da 3 a 6 nuclei di cure primarie. Questi nuclei si configurano come moduli organizzativi della rete clinica distrettuale, che erogano alla popolazione di riferimento l'assistenza medica e pediatrica presso gli studi dei medici singoli o associati, l'assistenza medica e infermieristica domiciliare, l'assistenza ostetrica e pediatrica nei punti consultoriali di I° livello, quella farmaceutica con le farmacie convenzionate, l'assistenza sociale con i servizi dei comuni presenti in quell'area.

La 'mission' del NCP consiste nel miglioramento continuo del processo assistenziale, sia con l'integrazione operativa delle

diverse risorse tecnico-professionali, sia con la semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni e ai servizi.

Il responsabile del NCP e della relativa équipe multiprofessionale assicura che i servizi, le prestazioni, le tecniche e le procedure siano appropriati nella produzione e nell'uso, siano applicati/erogati secondo linee guida specifiche predefinite e valutati nella loro efficacia e coerenza con gli obiettivi assistenziali; assicura, altresì, il collegamento con le altre unità operative e moduli del DCP.

La medicina generale è assicurata dai medici di medicina generale (MMG), i quali, in quanto generalisti devono possedere anche quelle competenze specialistiche di base che consentano l'invio mirato dei pazienti con problemi specialistici complessi alle unità operative specialistiche del Distretto e/o del presidio ospedaliero di riferimento. Queste competenze consentono, inoltre, la diagnosi e il trattamento delle patologie acute più diffuse e la gestione delle principali patologie croniche, secondo progetti/programmi definiti a livello dipartimentale, distrettuale o aziendale.

Una graduale integrazione nei processi assistenziali sopra descritti, richiede che negli studi medici sia presente una adeguata strumentazione tecnica, necessaria per eseguire prestazioni diagnostiche e terapeutiche, quali, ad esempio: eseguire e interpretare un elettrocardiogramma; eseguire un esame neurologico; eseguire suture di ferite, medicazioni, bendaggi, ecc..

Il D.lgs. 229/99 contiene i presupposti legislativi che consentono ai medici di MG e ai pediatri di libera scelta (PdLS) di superare il modello operativo della medicina libero-professionale e permette di attuare il modello organizzativo sopra descritto.

Il rapporto fra il SSN e i MMG e i PdLS, secondo l'art.8 del D.lgs.229/99, è disciplinato da apposite convenzioni nazionali sulla base delle quali vengono stipulati accordi collettivi nazionali e regionali.

L'organizzazione distrettuale deve garantire alla popolazione di riferimento l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale - pur nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni - fra i MMG, i PdLS, i medici della guardia medica e della medicina dei servizi, anche sviluppando forme di associazionismo professionale.

Le aziende sanitarie locali, in base agli accordi che discendono dal citato art.8 del D.lgs. 229/99 (lettere g, i, l) disciplinano le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del Distretto, nonchè alla verifica del loro raggiungimento. Le AUSL possono, inoltre, stabilire specifici accordi con i medici già titolari di convenzione operanti in forma associata.

3.2 L'unità di medicina generale e di assistenza specialistica ambulatoriale distrettuale

La maggioranza delle attività di medicina generale si realizza nei NCP sia come attività ambulatoriale sia a domicilio.

L'Unità di medicina generale e di assistenza specialistica ambulatoriale territoriale è una unità operativa che nel DCP è in grado di offrire percorsi integrati di tipo specialistico a supporto dell'attività dei nuclei di cure primarie e in collegamento con le attività ambulatoriali ospedaliere.

Per gruppi di pazienti con malattie croniche ad alta prevalenza (diabete, ipertensione ecc.) occorrono programmi di monitoraggio clinico di 2° livello da parte degli stessi MMG che possono attuarli in forma associata in ambulatori di patologia, avvalendosi, per gli approfondimenti clinici specialistici, dei medici specialisti ambulatoriali. Ciò permette di riservare ai medici specialisti ospedalieri le attività diagnostiche e terapeutiche che necessitano di tecnologie complesse e di esperienze specifiche e di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni con un impatto positivo anche sulle liste di attesa. Le linee di indirizzo per l'erogazione dell'assistenza specialistica, la cui attuazione graduale coinvolge sia i dipartimenti ospedalieri, sia i NCP sono già state emanate con direttiva regionale n. 1296 del 26/7/98 e, per una gestione efficiente delle liste di attesa, prevedono l'individuazione dei livelli di priorità, la revisione periodica delle liste stesse ed una riorganizzazione complessiva delle attività ambulatoriali.

Il principio innovatore che ispira tale scelta è la presa in carico del paziente per l'intero iter dell'assistenza specialistica richiesta dal percorso di cura e sarà reso possibile con interventi sia sugli assetti organizzativo/gestionali, sia sulle responsabilità clinico-assistenziali.

Questi interventi riorganizzativi comprendono:

- la concentrazione, per quanto possibile, in un unico accesso delle prestazioni relative allo stesso problema clinico;
- l'individuazione della responsabilità di uno specialista per l'intero iter clinico assistenziale previsto nella struttura ambulatoriale;
- l'integrazione funzionale e, ove possibile, la concentrazione di attività in strutture ambulatoriali ospedaliere e distrettuali, adeguate per attrezzature e personale. Si dovrebbe garantire per un arco di tempo ampio della settimana la presenza contestuale di più specialisti, che offrano prestazioni diverse in tempi adeguati e siano in grado di organizzare, se necessari o, successivi accessi alla stessa o ad altre strutture sanitarie.

Gli attuali presidi poliambulatoriali distrettuali sono in grado di assicurare adeguati livelli di assistenza specialistica per le patologie prevalenti e sono strutture di riferimento per

realizzare una nuova organizzazione che aggregi le funzioni di 2° livello della medicina generale e l'attività ambulatoriale specialistica territoriale.

A tale struttura potrà riferirsi anche l'organizzazione e la realizzazione dei nuovi modelli della guardia medica, come funzione di supporto a più NCP.

Un idoneo sistema di relazioni strutturate tra i NCP può assicurare anche la continuità assistenziale ai pazienti in assistenza domiciliare integrata, nelle strutture residenziali, negli hospice territoriali ed eventuali interventi personalizzati a pazienti con patologie croniche.

Il responsabile dell'unità di medicina generale e di assistenza ambulatoriale specialistica può essere individuato anche fra i medici di medicina generale o fra i medici specialisti ambulatoriali. Egli assicura l'erogazione delle attività e la realizzazione nell'ambito del DCP dell'uniformità dei percorsi d'accesso alle prestazioni ambulatoriali specialistiche, la definizione congiunta con i dipartimenti ospedalieri di protocolli diagnostico-terapeutici concordati fra specialisti ambulatoriali, ospedalieri, MMG, PdLS e pediatri di comunità. Il responsabile garantisce che i protocolli clinici ed organizzativi siano correlati alle tipologie ed ai volumi di attività concertati, siano esplicitati in modo chiaro, conosciuti da tutti gli operatori coinvolti e permettano di individuare responsabilità precise nelle diverse fasi del processo di presa in carico organizzativa ed assistenziale del paziente.

Tra le prestazioni dell'attività ambulatoriale specialistica del Distretto, un aspetto particolare riguarda l'assistenza odontoiatrica, erogata sia tramite gli ambulatori territoriali e dei presidi ospedalieri sia assicurando l'accesso ad altre sedi erogative, sulla base dei contratti di fornitura con l'azienda ospedaliera e/o con privati accreditati.

L'attuale offerta di prestazioni è disomogenea nelle varie realtà aziendali. L'attuazione dell'art.9 del D.lgs. 229/99 comporta la necessità di effettuare una selezione degli interventi, con opzioni prioritarie a favore di fasce di popolazione particolarmente svantaggiate o per prestazioni urgenti.

Le prestazioni odontoiatriche che debbono essere assicurate sono prioritariamente:

- prevenzione e cura della carie dentaria nell'età infantile e nelle fasce sociali svantaggiate
- trattamento dell'urgenza odontoiatrica,
- cure ortodontiche, entro i limiti stabiliti dal nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, con possibili interventi a valenza sociale per la fasce deboli
- attività protesica per adulti e per anziani, con possibili interventi a valenza sociale per la fasce deboli

- presa in carico in ambito ospedaliero degli interventi che riguardano pazienti portatori di handicap, pazienti "non collaboranti" o a rischio.

3.3 L'Unità Pediatrica di Distretto

La rete dei consultori pediatrici e dei punti vaccinali assicura una copertura vaccinale della popolazione infantile della regione pari al 98,8% nel primo anno di vita per le vaccinazioni dell'obbligo; mentre per le vaccinazioni raccomandate i dati variano dall'87,6% (rosolia) a l 94,8% (pertosse).

I pediatri di libera scelta (PdLS) hanno in carico il 95,7% dei bambini di età fra 0 e 6 anni e il 71% dei ragazzi della fascia successiva fino ai 14 anni (dati al 31/12/98).

Accanto a livelli di eccellenza raggiunti dalla sanità regionale e che devono essere mantenuti, quali le coperture vaccinali per le vaccinazioni dell'obbligo e raccomandate, è necessario sviluppare ulteriormente alcuni percorsi già iniziati, quali: la presa in carico tempestiva del neonato sano; la riduzione dell'ospedalizzazione del bambino per patologie acute e croniche.

Una delle più importanti aree di bisogni emergenti che non hanno ricevuto sufficiente attenzione è rappresentata dalla disegualianza sociale e dalle discriminazioni nelle prospettive di salute del bambino svantaggiato, ovvero del bambino appartenente a nucleo familiare in cui sia presente tossicomania o alcoolismo o malattia mentale. Ma in questo ambito possiamo trovare anche bambini stranieri o nomadi o con famiglia di basso livello economico e culturale e, infine, bambini con handicap psico-fisico.

Secondo recenti ricerche e richiamandosi anche ai contenuti del Progetto Obiettivo "materno infantile" del PSN 1998-2000 i programmi di salute basati solo sull'informazione o su offerte di servizi che richiedano un ruolo attivo dell'utente, raggiungono prevalentemente la fascia medio-alta della popolazione e producono quindi miglioramenti diseguali (es. la prevenzione della carie). Interventi di carattere strutturale, invece, consentono di raggiungere più capillarmente il target e danno dei risultati anche in termini di un più favorevole rapporto costi-benefici. Nelle zone di più forte immigrazione, ad esempio, facilitare l'accesso ai servizi sanitari di questo target di popolazione ha avuto positive ricadute anche sulle fasce a basso livello sociale della popolazione autoctona.

Un'altra area problematica è quella del disagio psichico, sia per l'età d'esordio, che per gli aspetti clinici in divenire. In questo settore le famiglie ricorrono sovente al PdLS per problematiche di tipo psicologico, mentre non utilizzano quasi i servizi specialistici per bambini con disturbo psichico. Anche questa tipologia di popolazione mostra disegualianza nell'utilizzo dei servizi offerti. Molti operatori dell'infanzia, inoltre, non sono preparati a riconoscere adeguatamente questi bisogni e vi è mancanza di iniziative diffuse.

Sui casi citati occorre assumere proprio con i Piani per la salute un'ottica preventiva più risoluta, con una ricerca più attiva del rischio nell'età infantile.

Di conseguenza, anche la struttura organizzativa deve essere riorientata sulla nuova 'mission', i cui elementi fondanti sono:

- programmazione per obiettivi di salute, secondo programmi definiti in ambito aziendale
- articolazione degli interventi preventivi orientati al superamento delle disuguaglianze
- attivazione di percorsi integrati di presa in carico globale del bambino multiproblematico
- centralità del ruolo del PdLS, attorno al quale costruire i percorsi di salute sul singolo
- orientamento della Pediatria di comunità verso competenze di tipo programmatico e organizzativo.

La realizzazione degli obiettivi di salute è assicurata all'interno del DCP, dall'Unità Pediatrica Distrettuale (UPD), che integra funzionalmente i PdLS, che operano nei NCP con l'équipe di Pediatria di Comunità, individuandone le specifiche competenze e responsabilità.

L'UDP è una unità operativa del DPC che integra funzionalmente diverse professionalità anche provenienti da enti locali, è composta da pediatra di libera scelta, pediatra di comunità, assistente sanitaria, psicologo/a, assistente sociale ed ha i seguenti compiti:

- garantire tempestività, appropriatezza e continuità degli interventi attraverso protocolli interni condivisi
- individuare percorsi integrati con i consultori familiari, i dipartimenti ospedalieri, gli altri dipartimenti del Distretto, i servizi sociali, le altre Istituzioni interessate (Scuola, Comune,..) e le associazioni di volontariato
- valutare la qualità e l'efficacia delle attività svolte mediante un sistema di indicatori specifici.

L'Unità Pediatrica distrettuale, inoltre, svolge in modo integrato con il Dipartimento di sanità pubblica i seguenti compiti :

- tradurre in percorsi distrettuali integrati i programmi aziendali di prevenzione per l'età pediatrica ed evolutiva attuando il coordinamento operativo delle vaccinazioni per i minori;
- segnalare tempestivamente gli eventi, individuando nel Distretto l'osservatorio privilegiato dei bisogni, affrontando i problemi di salute nelle comunità di bambini, scuole, centri residenziali, gruppi etnici di nuovo insediamento;
- adottare strumenti di gestione dei rischi nella popolazione target e la realizzazione di interventi preventivi nelle comunità in modo integrato con le unità distrettuali del Dipartimento di sanità pubblica.

Il responsabile dell'UPD coordina ed integra tra loro i servizi sanitari e socio-assistenziali per l'infanzia, con competenze programmatiche e organizzative e con un ruolo di "facilitatore" dell'integrazione dell'équipe pediatrica nei Nuclei delle Cure Primarie.

Il pediatra di libera scelta eroga l'assistenza nell'ambito dei Nuclei delle Cure Primarie. E' responsabile della salute del bambino e referente diretto per tutti i problemi di salute che lo riguardano, con competenze in ambito preventivo, diagnostico e terapeutico.

In collegamento con l'UPD svolge i seguenti compiti:

- provvede alle cure primarie del bambino e garantisce livelli uniformi di assistenza, con particolare attenzione alle fasce deboli della popolazione e considerando i bisogni del bambino nel suo contesto ambientale, in stretta collaborazione con le équipe dei NCP;
- individua e diagnostica precocemente i segni clinici dei disturbi relazionali o comportamentali ed attiva gli eventuali percorsi assistenziali necessari;
- integra con interventi a domicilio l'assistenza del bambino con disabilità, malformazioni, malattie croniche mediante coinvolgimento attivo nei percorsi concordati, finalizzati a ridurre il ricorso all'ospedale o allo specialista, a favorire l'inserimento scolastico e una qualità della vita adeguata all'età;
- attua nuovi modelli assistenziali come la presa in carico del neonato sano dimesso precocemente;
- partecipa, laddove vi siano le condizioni oggettive, all'esecuzione degli interventi di prevenzione primaria (vaccinazioni, screening..).

3.3.1 La relazione tra l'Unità Pediatrica distrettuale e la Neuro Psichiatria Infantile

La patologia neuropsichica e il disagio psicologico nell'età minorile rappresentano un'area dall'approccio complesso. La prevenzione dei disturbi relazionali, la diagnosi precoce e l'inserimento del bambino in percorsi assistenziali tempestivi, costituiscono parte integrante dell'attività clinico-diagnostica del PDLIS e della Pediatria di comunità, in connessione con l'équipe di Neuropsichiatria infantile.

Il PDLIS è la figura professionale che, coerentemente col suo ruolo, deve poter rafforzare e sostenere con osservazioni e consigli, i fattori protettivi della salute mentale del bambino nei diversi momenti evolutivi. La necessità di collegamento funzionale tra le singole unità operative emerge anche dalla valutazione dei bisogni dei bambini con patologia neurologica e psichiatrica conclamata, anche grave.

La neuropsichiatria infantile, per il ruolo consolidato nella realtà regionale, per i risultati finora conseguiti e per la peculiarità delle competenze centrate su bisogni specifici, si inserisce quale erogatore di interventi specialistici ad alta

complessità, in una organizzazione articolata su livelli tecnici, di cui il PDLIS rappresenta, elettivamente, il riferimento per tutti i problemi di salute del bambino.

3.4 Il consultorio familiare

La rete dei consultori familiari diffusa sul territorio regionale conta 238 strutture, alle quali nel 1997 si sono rivolte n. 204.276 donne di cui l'1,4%, straniera.

Le gravidanze seguite sono state 7450 pari al 26% del totale dei parti, con una presenza significativa di 1050 donne immigrate.

Sono stati intrapresi due programmi di screening per la prevenzione di patologie responsabili di elevati tassi di mortalità femminile per neoplasie della mammella e del collo dell'utero. I consultori familiari sono stati un supporto indispensabile per il primo approccio e l'esecuzione del Pap-test; il programma ha comportato la predisposizione dei percorsi facilitati con le strutture ospedaliere per la diagnosi dei casi dubbi e per un tempestivo intervento terapeutico.

Le attività rivolte alla promozione della salute della donna, della coppia e della famiglia, trovano collocazione nell'ambito del dipartimento delle cure primarie.

I problemi emergenti riguardano il miglioramento delle modalità di intervento per il percorso nascita e per gli interventi di prevenzione e cura delle patologie invalidanti della popolazione target, quali le malattie osteoporotiche e preneoplastiche.

E' necessario un riorientamento della rete dei servizi consultoriali, la collocazione di alcune funzioni nell'ambito dei NCP e il coinvolgimento attivo delle rappresentanze istituzionali, sociali e del volontariato in quanto le azioni da mettere in campo sono non solo di tipo sanitario, ma hanno una forte valenza sociale e culturale.

Il consultorio familiare (C.F.) è collocato come struttura operativa nel DCP e si articola in due livelli di attività con la finalità di rispondere alle necessità localmente individuate per le aree di competenza, in integrazione con gli altri servizi distrettuali, ospedalieri, con i medici di medicina generale (MMG) ed i pediatri di libera scelta (PDLIS). In tale ambito i consultori familiari assicurano interventi socio-sanitari a prevalente carattere preventivo con particolare riferimento ai programmi di prevenzione sopra descritti.

Il primo livello di attività è svolto nei punti consultoriali decentrati, prossimi alle zone territoriali omogenee dei NCP.

La figura professionale di riferimento è l'ostetrica che cura le relazioni tra l'équipe dei NCP e l'équipe consultoriale di riferimento. Tale livello garantisce (nei NCP):

- -assistenza ostetrica di base alla gravidanza
- -assistenza al puerperio e all'allattamento
- -informazione e colloquio contraccettivo
- -colloquio per problemi di sterilità e pre-concezionali
- -consulenza ostetrica, pap-test.

Il II livello di attività è assicurato, nel DCP, dal consultorio familiare quale unità operativa che assicura i collegamenti

funzionali con il primo livello e gli interventi di educazione sanitaria a gruppi, l'attività svolta nell'ambito dello spazio giovani, il livello diagnostico e terapeutico ambulatoriale dell'attività ostetrico-ginecologica, l'attività psicologica per le aree d'interesse, la consulenza e la terapia sessuale, la gestione dell'attività di screening.

L'équipe del consultorio familiare diventa il punto di riferimento distrettuale per la salute sessuale, relazionale e riproduttiva dei singoli, della coppia e della famiglia. Essa è garante della continuità dell'iter diagnostico-terapeutico per le/gli utenti.

Nell'ambito dell'integrazione socio sanitaria istituzionale occorre garantire la presenza dell'assistente sociale nell'équipe consultoriale, in quanto elemento qualificante e necessario soprattutto nelle fasi di progettazione e di programmazione, oltre che nelle attività sociali attinenti le aree di intervento dei consultori familiari.

3.5 L'accesso ai servizi: lo sportello unico distrettuale

Il PSR 1999-2001 ha fra gli obiettivi il superamento dei singoli punti di accesso monotematici per realizzare "sportelli unici" opportunamente collocati negli ambienti di vita e di lavoro, anche sviluppando adeguate collaborazioni con gli Enti Locali, i Patronati e le Associazioni di volontariato.

Il miglioramento dell'accesso per il cittadino, la revisione e semplificazione dei percorsi amministrativi, comportano il superamento degli attuali modelli organizzativi e lo sviluppo, a livello distrettuale, di una rete integrata di sportelli unici per le funzioni di front-office relative alle principali procedure amministrative, riferite all'offerta di servizi distrettuali per le cure primarie, che sono di seguito elencate:

1. iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale
2. scelta del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta
3. rilascio attestato di esenzione per malattie croniche e invalidanti
4. prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali
5. esenzione dal ticket in relazione alla situazione economica
6. incasso ticket
7. accesso alla fornitura di presidi per l'assistenza integrativa e protesica
8. assistenza sanitaria all'estero per ricoveri e per cure in caso di temporaneo soggiorno per turismo, lavoro e studio
9. accesso alle cure domiciliari e alla rete dei servizi socio-sanitari per anziani.

La complessità delle diverse procedure amministrative richiede una graduale attivazione della rete di sportelli unici in relazione alla completa riorganizzazione delle attuali strutture e alla realizzazione di azioni formative per la qualificazione professionale degli operatori coinvolti. In particolare, l'accesso alle cure domiciliari e alla rete dei servizi socio-sanitari per anziani nell'ambito dello sportello unico, potrà

essere realizzato in relazione alla effettiva costruzione nel territorio di un sistema a rete.

L'obiettivo principale dello sportello unico consiste nella realizzazione di un modello di presa in carico del cittadino da parte dell'operatore di sportello, quale interlocutore amministrativo responsabile del procedimento amministrativo, per la gestione unitaria delle richieste del cittadino utente e dei relativi aspetti informativi.

Nel caso di procedure amministrative che comportano connessioni con altri uffici interni/esterni e/o relative a prestazioni, la cui erogazione è subordinata ad una valutazione sanitaria, lo sportello unico, titolare della presa in carico, assicura i collegamenti funzionali e i passaggi documentali in modo da semplificare il percorso del cittadino.

3.5.1 Struttura organizzativa, tecnologia e qualità

La rete integrata di sportelli unici si configura come struttura distrettuale articolata in punti di accesso distribuiti in modo coerente con le aree territoriali individuate per i NCP.

In relazione all'elevata richiesta di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali (in media, 7 accessi/cittadino, mentre le restanti procedure riguardano circa l'8-14% della popolazione) è possibile integrare la rete con punti dedicati (es. CUP, farmacie, ecc..) riservati alla prenotazione di prestazioni programmabili, all'incasso ticket, alla consegna di referti. Le funzioni di back-office derivanti dalle procedure amministrative di competenza dello sportello unico sono svolte, in relazione alle dimensioni dell'Azienda, dalle stesse strutture amministrative distrettuali oppure da uffici a valenza sovra-distrettuale appositamente individuati.

La rete integrata di sportelli unici è una unità operativa che assicura la direzione e l'organizzazione delle attività sopraspecificate nell'ambito del DCP. Il Responsabile della rete integrata di sportelli unici è un dirigente amministrativo al quale competono le seguenti funzioni:

- -assicurare legittimità e uniformità alle applicazioni delle norme e dei regolamenti che disciplinano l'accesso ai servizi;
- -rispondere della funzionalità della rete, assicurando l'organizzazione del servizio e la gestione delle risorse assegnate;
- -pianificare, in collaborazione con il Direttore del DCP, l'insieme di risorse necessarie per la rete di sportelli unici.

Appositi regolamenti dovranno indicare responsabilità e tempi di conclusione anche dei procedimenti amministrativi relativi.

Per quanto riguarda l'area metropolitana e le comunità montane, la struttura organizzativa dovrà essere articolata in modo adeguato alle peculiari caratteristiche del contesto territoriale di riferimento.

La rete di sportelli unici deve operare in collegamento:

- con sportelli di Enti Locali, Patronati e Associazioni di Volontariato, prevedendo accordi per forme associative e strumenti di integrazione;
- con l'URP distrettuale, al fine di disegnare un sistema di comunicazione/informazione assicurato in modo capillare. In questo contesto l'URP distrettuale svolge funzioni di ascolto, accoglienza, informazione e tutela, avvalendosi di adeguati strumenti quali: banche dati, carta dei servizi, linee guida, protocolli di collaborazione con i Comitati Consultivi Misti e con le associazioni di volontariato presenti sul territorio.

Lo sviluppo di una rete di sportelli unici richiede una forte innovazione tecnologica a sostegno di modalità di accesso semplificate, uniformi e trasparenti.

Gli operatori di sportello devono disporre facilmente di informazioni accurate, tempestive e sistematicamente aggiornate. Essi devono poter trasmettere e ricevere per via telematica la necessaria documentazione a tutti i soggetti che interagiscono con lo sportello unico.

L'accesso telematico richiede la salvaguardia di alcuni principi irrinunciabili:

- riservatezza: il contenuto deve essere accessibile solo al mittente e al destinatario
- integrità: il documento non deve subire alterazioni durante lo scambio
- autenticazione: il documento deve effettivamente provenire dal mittente
- non ripudiabilità: chi trasmette o riceve non potrà negare di avere trasmesso o ricevuto.

Ogni procedura deve essere documentata mediante linee-guida pratiche destinate agli operatori con l'obiettivo di realizzare, a livello regionale, standard di processi e di modalità operative e di facilitare e migliorare la comunicazione fra gli stessi operatori. Le linee-guida, viste come percorso di accesso destinato ai cittadini utenti, saranno realizzate anche in versione semplice e chiara per facilitare la fruizione delle prestazioni e per migliorare, di conseguenza, la comunicazione/relazione fra utenti e operatori del Servizio Sanitario.

Le funzioni e il modello organizzativo dello sportello unico saranno precisate con apposite linee guida dell'assessorato alla sanità, da emanarsi al termine della fase di sperimentazione prevista entro il corrente anno.

3.6 Il SERT Distrettuale

Le dipendenze patologiche richiedono per la loro peculiarità e complessità programmi aziendali che stabiliscano le linee di indirizzo per le attività di prevenzione e cura dell'abuso di droghe e di alcool, per i percorsi clinico assistenziali, per la verifica della qualità delle attività stesse e della loro attuazione omogenea in ambito aziendale.

La configurazione istituzionale delle competenze ai vari livelli prevede che la conferenza sanitaria territoriale - sulla base di appositi protocolli d'intesa regionali fra la Giunta Regionale e la confederazione delle autonomie locali dell'Emilia-Romagna (CALER) - definisca indirizzi e programmi che impegnano congiuntamente i Comuni e le aziende USL.

A livello distrettuale, invece, il programma delle attività territoriali dovrà specificare gli indirizzi soprarichiamati, definire le risorse e le forme di collaborazione fra SERT distrettuale e Servizi sociali comunali, queste ultime d'intesa con il comitato dei sindaci di Distretto. Pertanto, in sintonia con i contenuti del documento 'stato regioni' ("Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" G.U. n.61 del 13/5/99), i programmi specifici afferiscono al livello aziendale, mentre le scelte operative, le articolazioni dei servizi, i percorsi assistenziali sono realizzati nell'ambito del Distretto con i SERT distrettuali.

Il SERT distrettuale è una struttura operativa complessa che realizza i programmi assistenziali rivolti alle persone tossicodipendenti ed alcooldipendenti, in attuazione degli indirizzi sulle dipendenza patologiche.

I dati di attività 1998 evidenziano che su una popolazione di 100 mila abitanti (distretto virtuale di 100 mila ab.) il numero di potenziali utenti SERT giustifichi la presenza della gamma dei servizi necessari per il trattamento e la riabilitazione delle tossicodipendenze.

La prevalenza delle persone con tossicodipendenza rispetto alla popolazione target, nella fascia d'età 15-44 anni, è del 5 per 1000. Prevale in maggioranza il sesso maschile, nella misura dell'8 per 1000 sulla popolazione target dello stesso sesso. Il 20% del totale delle persone seguite dai SERT della regione per abuso di droghe sono nuovi utenti, presi in carico nell'anno. Il 65% circa degli utenti assistiti vive in famiglia, mentre il 23% è ospitato in strutture residenziali. Tutti i SERT della regione, tranne due, svolgono anche attività nei confronti di persone alcol dipendenti, in continuo incremento.

Le patologie correlate alla dipendenza patologica da droga e da alcool richiedono frequenti ricoveri ospedalieri ed approfondimenti specialistici. Il 10% dei tossicodipendenti usufruisce mediamente di un ricovero ospedaliero annuo e le principali patologie riscontrate in questa popolazione sono per il 60% a carattere infettivo, come epatite B, epatite C e HIV. Per i pazienti alcool dipendenti frequenti sono i ricoveri per epatopatie e neuropatie.

E' necessario, pertanto, che il Distretto assicuri percorsi integrati fra i SERT distrettuali e i presidi ospedalieri in particolare con le unità operative di malattie infettive, di medicina interna e gastroenterologia.

3.7 La Salute Mentale

Nella regione Emilia Romagna le patologie maggiormente diffuse collegate al disturbo psichico sono: le nevrosi, le sindromi

ansioso depressive e le depressioni. Oltre un terzo della popolazione che ne è affetta vive, apparentemente, una situazione di solitudine affettiva; mentre circa la metà delle persone con disturbo psichico presentano anche malattie organiche croniche quali ipertensione, diabete, gravi problemi di obesità.

Secondo ricerche recenti circa il 17% delle persone con disturbo psichico non è seguito da nessun terapeuta, mentre solo il 5% si rivolge, in eguale misura, a servizi di salute mentale pubblici o ad un curante psichiatrico privato. Il medico di medicina generale risulta, pertanto, il principale curante delle persone con disturbo psichico, anche se nel 20% dei casi i problemi sono rilevati in occasione di malattie organiche e sono trattati in modo discontinuo. Con l'istituzione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) aziendale, delibera di Giunta regionale del 31.3.98, si è inteso dare una risposta strutturale ai fenomeni prima richiamati proponendo una configurazione organizzativa dei Servizi basata sulla continuità e integralità del percorso assistenziale, e sulla interdisciplinarietà e l'intersettorialità della rete dei servizi.

Gli obiettivi del PSR per la salute mentale sono rivolti ad incrementare la promozione della salute mentale; a prevenire la disabilità psichica; a migliorare l'accessibilità ai Servizi; a facilitare la presa in cura globale; a garantire la cura completa; a permettere la riabilitazione e risocializzazione della persona tutelandone i diritti umani fondamentali.

Il Piano prevede di "creare una relazione di razionalità tra obiettivi di salute, modelli di organizzazione e allocazione delle risorse" e per garantire questi risultati si individuano quattro aree di attività dei servizi:

1. Promozione della salute mentale e prevenzione del disagio psichico, dei disturbi mentali e delle disabilità psicofisiche
2. Pronta e completa risposta alla emergenza-urgenza
3. Presa in cura e trattamento intensivo
4. Riabilitazione e trattamento prolungato finalizzato al reinserimento sociale.

Con riferimento alle quattro aree di attività sopracitate, si evidenzia che la sede elettiva dell'erogazione delle prestazioni ai servizi della 1.a e della 4.a area è il Distretto. Infatti, la promozione della salute mentale, la prevenzione del disagio psichico, dei disturbi mentali e delle disabilità psicofisiche hanno come riferimento "la comunità locale, le organizzazioni della società civile e le articolazioni distrettuali del Dipartimento di salute mentale". Si tratta di programmi intersettoriali realizzati dal Distretto attraverso le strutture decentrate del DSM.

La quarta area "Riabilitazione e trattamento prolungato finalizzato al reinserimento sociale" ha come riferimento funzionale la rete dei servizi distrettuali e aziendali del DSM, con una stretta integrazione con gli altri servizi sanitari e sociali, che portano a valorizzare il rapporto dei servizi dipartimentali con le comunità riabilitative pubbliche e private

e in particolare con le Cooperative sociali per l'addestramento professionale e l'inserimento lavorativo della persona con disturbo mentale grave.

Le attività ad alta integrazione sociale e sanitaria previste in questa area sono inserite nel piano delle attività territoriali su proposta congiunta del direttore del Distretto e del responsabile del DSM, adottate dal Direttore dell'azienda d'intesa con il comitato di Distretto e assicurate dal Distretto.

La funzione di committenza per la salute mentale è di pertinenza del Distretto che si avvale delle competenze del responsabile delle articolazioni distrettuali del DSM.

Elemento innovativo introdotto dal PSR è il servizio di consultazione, realizzato dalle articolazioni distrettuali del DSM e rivolto ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta, la cui attuazione è da prevedersi nell'ambito organizzativo del Dipartimento delle Cure Primarie.

Altro impegno significativo del PSR riguarda la facilitazione dell'accesso e della fruizione delle prestazioni di salute mentale. A tale proposito si ribadisce la centralità del Centro di salute mentale distrettuale, come nucleo di riferimento per le sue specifiche funzioni di:

- presa in carico sollecita della domanda
- risposta tempestiva per quanto di competenza
- orientamento e invio ai servizi del DSM di secondo livello.

La definizione delle tipologie di servizi e delle relative strutture organizzative, che richiedono una stretta connessione fra le articolazioni del DSM e i distretti, rende necessario la costituzione a livello regionale di un gruppo di lavoro specifico così come indicato dal PSR.

3.8 L'integrazione con l'assistenza ospedaliera: i programmi trasversali

L'integrazione fra le due macrostrutture aziendali Distretto e Assistenza ospedaliera è fondamentale per assicurare la corretta erogazione di numerose attività sanitarie e/o programmi assistenziali. Tale modalità assistenziale interessa un numero elevato di persone e definisce la qualità di un intervento sanitario nelle sue determinanti di tempestività dell'intervento e continuità delle cure, la cui responsabilità è posta in capo al direttore di Distretto e di presidio, mentre la responsabilità della qualità tecnica dell'intervento sanitario è posta in capo al responsabile di dipartimento ospedalieri e distrettuali.

Gli interventi che presuppongono l'integrazione fra unità ospedaliere e distrettuali richiedono il rispetto di criteri base per la loro corretta realizzazione che possono di seguito riassumersi.

Il programma si definisce come complesso di attività che, attraverso idonee soluzioni organizzative, assicura l'unitarietà della programmazione, dell'organizzazione e della valutazione di

processi organizzativi o dei percorsi assistenziali in ordine ad aree problematiche di interesse particolare che richiedono competenze specifiche appartenenti ad unità operative diverse.

Il programma a carattere trasversale ospedale-Distretto definisce gli obiettivi generali e specifici. Esso è stabilito congiuntamente tra i responsabili di Distretto e di presidio ospedaliero e definisce chiaramente il percorso assistenziale e le attività che sono previste nel percorso stesso.

E' necessario individuare un responsabile del programma, identificare le unità operative distrettuali ed ospedaliere interessate nel percorso, i responsabili delle varie fasi del percorso assistenziale.

Il programma prevede anche le modalità di accesso nonché gli operatori referenti per ogni punto di erogazione di prestazioni, le modalità di comunicazione ai cittadini dei percorsi attivati e, più in generale, degli obiettivi concordati e dei risultati raggiunti. Nel programma devono prevedersi le modalità di rilevazione delle attività svolte, un'analisi accurata dei costi, la verifica del raggiungimento degli obiettivi definiti anche sulla qualità percepita.

Per garantire l'integrazione fra i professionisti e la continuità terapeutica nell'ambito di un programma trasversale ospedale-Distretto è indispensabile disporre di un valido strumento di comunicazione. Tale comunicazione e quella diretta fra le diverse équipes assistenziali è potrà essere facilitata dall'acquisizione di nuovi strumenti di comunicazione - anche su base informatica e compatibili con le diverse organizzazioni del lavoro dei medici ospedalieri, dei MMG e dei PLS e degli altri operatori del DCP - da individuare nell'ambito dei programmi di modernizzazione.

I principali programmi trasversali ospedale-Distretto, da realizzarsi in attuazione del PSR sono: il percorso nascita, il programma screening per la prevenzione ed il trattamento dei tumori femminili, i programmi di Cure palliative, le dimissioni protette in particolare per le persone anziane.

Tutti i programmi sopracitati sono approfonditi separatamente in appositi documenti regionali, pertanto, per esigenze di sintesi ne sono di seguito descritti solo alcuni.

3.8.1 Il percorso nascita

Alcuni dati epidemiologici regionali recentemente rilevati indicano che:

- Le gravidanze nel 1998 sono state circa 24.000 di cui il 22% seguite nei consultori; il 29% dei parti nel 1998 in Emilia Romagna sono stati espletati con taglio cesare con grande variabilità interaziendale; i parti di donne con cittadinanza extra CEE nel '98 sono stati pari al 7,4%; i parti delle minorenni nel 1998 sono stati 3,7 su 1000 parti totali;
- i bambini con peso neonatale inferiore ai 2.500 grammi nel '98, sono stati il 6,5% dei nati.

Questi dati evidenziano la necessità di realizzare, sulla base di indirizzi aziendali, il programma trasversale Percorso nascita fra ospedale e Distretto che permetta di elaborare ed adottare protocolli clinico assistenziali da parte di tutti i professionisti coinvolti con la finalità di: monitoraggio delle gravidanze fisiologiche e delle gravidanze a rischio; umanizzazione del parto; dimissione precoce e assistenza a domicilio della puerpera; dimissione precoce del neonato sano e corretta dimissione del neonato affetto da patologia neonatale. Il programma percorso nascita coinvolge i dipartimenti ospedalieri con particolare riferimento alle unità di ostetricia, di neonatologia e, sul territorio nell'ambito del DCP coinvolge i consultori familiari, le unità pediatriche distrettuali, i pediatri di libera scelta e numerose altre figure professionali.

3.8.2 Il programma screening per la prevenzione ed il trattamento dei tumori femminili

I due programmi di screening già intrapresi per la prevenzione di patologie responsabili di elevati tassi di mortalità femminile per neoplasie della mammella e del collo dell'utero richiedono una stretta connessione fra il Dipartimento di sanità pubblica, che ne definisce le strategie, i consultori familiari, che sono il supporto indispensabile per il primo approccio e l'esecuzione del Pap-test, e le strutture ospedaliere che intervengono con i percorsi facilitati per la diagnosi dei casi dubbi e tempestivi interventi terapeutici.

3.8.3 Le dimissioni protette

Il PSR indica nell'ambito distrettuale la dimissione protetta e l'assistenza specialistica quali aree prioritarie di integrazione fra DCP e i presidi ospedalieri. Attualmente, in Regione nella quasi totalità dei distretti, è presente uno o più stabilimenti ospedalieri che coincidono quasi sempre con i presidi ospedalieri. Questo facilita la possibilità di realizzare, a livello distrettuale, protocolli clinici ed organizzativi che assicurino la continuità terapeutica fra le unità di cura ospedaliere e i NCP, in caso di dimissione protetta, nonché la continuità diagnostica per l'erogazione dell'assistenza specialistica, fra DCP e presidio ospedaliero. Per perseguire questo risultato è necessario:

- identificare relazioni stabili fra i NCP, le unità operative di pronto soccorso e i punti di continuità assistenziale, per rispondere ai problemi urgenti in modo appropriato, sia per il paziente adulto che per il paziente bambino;
- individuare e consolidare modalità stabili per attuare le dimissioni protette.

Inoltre, le dimissioni protette assumono caratteristiche differenti nei casi di:

- interventi chirurgici, in particolare effettuati in day hospital

- -problemi internistici acuti
- -problemi di lungodegenza post-acuta e di riabilitazione estensiva.

Le dimissioni dopo interventi chirurgici, soprattutto se effettuati in day hospital, richiedono una continuità terapeutica per la gestione a domicilio del dolore post-operatorio e di eventuali problemi clinici correlati alla fase immediatamente successiva all'intervento. La gestione di questa delicata fase e il suo esito positivo dipendono dalla comunicazione diretta e tempestiva delle condizioni cliniche del paziente da parte dell'équipe chirurgica ospedaliera verso il MMG e verso i professionisti che operano nel punto di continuità assistenziale di riferimento.

Le dimissioni per patologie internistiche di tipo acuto, sono quelle sulle quali, secondo gli obiettivi del PSR, si dovrebbe puntare per contribuire a ridurre ulteriormente la durata della degenza ospedaliera. E' indispensabile un maggiore coinvolgimento del MMG che interviene in modo attivo per monitorare la 'compliance' di terapie mediche impostate a livello ospedaliero e per valutarne l'efficacia; pertanto, le équipe ospedaliere dovranno instaurare rapporti professionali diretti e costanti con i MMG.

La dimissione protetta per i pazienti lungodegenti post acuti, infine, richiede una programmazione dei tempi di dimissione da parte dell'équipe ospedaliera per favorire la concomitante presa in carico dell'équipe multidisciplinare del NCP di riferimento, per garantire la più adeguata assistenza domiciliare come già precisato nelle direttive apposite, di cui alla DGR n. 124 dell'8/2/1999.

3.9 L'integrazione con il Dipartimento di sanità pubblica

L'integrazione con il Dipartimento di sanità pubblica è ancora in fase di approfondimento in particolare per alcuni aspetti relativi a:

- interventi di promozione della salute per la loro realizzazione in ambito distrettuale. Secondo i programmi intersettoriali promossi con gli enti locali, occorre infatti individuare modalità strutturate di collaborazione con l'area di epidemiologia del Dipartimento di sanità pubblica che svolge la funzione di supporto aziendale per la definizione dei piani per la salute e per la valutazione dei risultati conseguiti.
- Programmi con valenza di sanità pubblica: programmi di screening, profilassi delle malattie trasmissibili, interventi preventivi nelle comunità e nelle residenze.
- Attività di sanità pubblica e medico legale rivolte alle singole persone (vaccinazioni, certificazioni).
- L'integrazione richiede definizione di percorsi e sistemi di relazione tra le strutture organizzative del Dipartimento di sanità pubblica e del Distretto, al fine di assicurare la qualità e l'efficacia degli interventi e per individuare le modalità operative che consentano di

ottimizzare l'erogazione dei servizi e di migliorare l'accessibilità per il cittadino. Su questi aspetti sono previsti appositi documenti ed ulteriori contributi di approfondimento, anche per il supporto che il DSP dovrà fornire "in ordine alla elaborazione dei piani per la salute e alla loro realizzazione."

CAP. 4 - L'INTEGRAZIONE SOCIALE SANITARIA

L'integrazione sociosanitaria è una funzione prioritaria per l'azienda sanitaria indicata dal P.S.N., precisata dal D.lgs.. 229/1999 (art 3 septies), per la quale il PSR e la LR n°3/99 (titolo VII) stabiliscono gli indirizzi e indicano i principali strumenti di attuazione.

Gli interlocutori dell'integrazione sociosanitaria sono il Distretto, che assicura i servizi di assistenza primaria relativamente alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'art.3-quinquies del citato decreto e i Comuni, i quali rappresentano la comunità locale, ne curano gli interessi, ne promuovono lo sviluppo e assicurano l'assistenza sociale.

L'integrazione istituzionale è necessaria per definire gli obiettivi previsti dalla programmazione regionale sanitaria e sociale e si esplicita, secondo l'art.3-quater del D.lgs. 229/99, attraverso il programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative.

Il PSR, per il livello regionale della programmazione, richiama il piano sociale quale strumento della conferenza sanitaria territoriale, nel quale deve essere indicata la rete dei servizi e gli interventi sociosanitari, riferiti ai livelli essenziali di assistenza sociale da garantire sul territorio.

Nel Distretto spetta ai comuni individuare la "zona" per la pianificazione dei servizi e degli interventi sociosanitari coincidenti con il territorio di riferimento.

Il piano sociale di zona è, pertanto, un piano intercomunale approvato con un accordo fra i Comuni del Distretto, oppure dalla struttura di gestione dell'Associazione dei comuni, eventualmente costituita in base alla LR n°3/99.

Il piano sociale di zona prevede, tra l'altro, la localizzazione dei servizi, degli interventi sociosanitari ed i livelli di integrazione tra risorse sanitarie e sociali. Quest'ultima parte è inserita, in accordo con il direttore di Distretto, nel Programma delle attività territoriali del Distretto e deve definire anche i flussi finanziari, cioè l'allocazione delle risorse provenienti dal comparto sanitario e dal comparto sociale, garantendo trasparenza e maggiore efficienza del sistema.

Il programma delle attività territoriali comprende: le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. Le prime due categorie sono

assicurate dal Distretto, la terza categoria è di competenza dei comuni.

Il Programma delle attività territoriali è approvato dal direttore generale dell'azienda d'intesa, per la parte relativa alle attività sociosanitarie, con il comitato dei sindaci di Distretto rappresenta, dunque, l'atto istituzionale dell'integrazione sociosanitaria.

L'integrazione gestionale dei servizi sociosanitari così come indicato nel PSR può fare riferimento a diverse forme gestionali dei servizi socio sanitari e l'ambito territoriale di riferimento può essere diverso da quello del Distretto.

Le forme di gestione dei servizi sono quelle previste dal D.lgs. 229/99 e dalla L.142/90 (Capo VIII): convenzioni, consorzi, unioni di comuni, compreso l'esercizio associato di alcune funzioni, accordi di programma, comunità montane, gestione diretta, acquisizione dei servizi presso privati, delega all'azienda USL, ecc.... Le forme di gestione saranno scelte a seconda delle esperienze consolidate nel territorio e in relazione alle specificità delle diverse aree d'intervento.

L'integrazione professionale richiede una modalità operativa all'interno delle strutture di produzione del Distretto: Dipartimento delle cure primarie, SERT, Dipartimento di salute mentale.

Con l'attuazione del DCP saranno costituiti i NCP composti da équipes multiprofessionali che assicurano, fra l'altro, l'erogazione dei servizi integrati con la presenza, fra le componenti professionali fondamentali, dell'assistente sociale e di altri operatori sociosanitari. L'assistenza domiciliare integrata (ADI), nell'ambito delle cure primarie, è un insieme di attività assistenziali erogate quasi esclusivamente attraverso équipes multiprofessionali, le cui modalità di relazione e le relative responsabilità sono precisate nella direttiva regionale di riordino delle cure domiciliari DGR n°124/99.

Inoltre, da parte del Distretto, attraverso il DCP deve essere assicurata l'assistenza sanitaria (medica, infermieristica, farmaceutica) alle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani, disabili.

La nuova normativa regionale di riforma dell'assistenza, il cui iter legislativo è in corso, contribuirà ad individuare, con accordi tra enti locali e Azienda USL, lo strumento organizzativo che nel distretto (e in collegamento con il DCP) consenta di integrare le competenze sociali e sanitarie e incardinare nella rete distrettuale dei servizi le strutture preposte all'accesso della rete integrata dei servizi, rivolte agli anziani (SAA), alle persone con handicap o affette da malattie croniche, per le quali è richiesto un programma integrato e continuativo di assistenza.

In attesa dell'approvazione di detta legge è opportuno individuare da subito un referente dei servizi sociali del Distretto in accordo fra comuni e Distretto che premetta una gestione integrata e coordinata almeno delle strutture

residenziali esistenti, rivolte agli anziani, a persone portatori di handicap e di altre strutture residenziali quali gli hospice per le quali il PSR ne prevede uno sviluppo.

Fase di avvio: monitoraggio regionale

E' necessaria una fase di sperimentazione ed un'azione di supporto e di monitoraggio costante per l'attuazione dei principi e dei criteri contenuti in queste linee guida, per realizzare il nuovo modello organizzativo di distretto qui prefigurato, in grado di rispondere ai bisogni di salute della popolazione di riferimento e alle nuove esigenze assistenziali della stessa.

Occorre procedere infatti con la necessaria gradualità e per specifici obiettivi intermedi, poiché si tratta di trasformare gli attuali servizi distrettuali, ancora organizzati "a canne d'organo", in strutture integrate secondo il modello della rete dei servizi.

La fase di avvio richiede una struttura di supporto presso la Direzione del Distretto e/o dell'azienda che faciliti la costituzione delle nuove articolazioni organizzative, aiutando i singoli professionisti ad identificare precise competenze e responsabilità al loro interno e a sviluppare quelle competenze relazionali che sono richiesti da un contesto operativo fondato sul sistema di rete integrata con gli altri servizi del Distretto.

L'obiettivo è di ottenere, nel medio periodo, che un insieme di professionisti abituati ad operare singolarmente su uno stesso territorio, diventi struttura organizzativa in grado di offrire servizi complessivi alla popolazione di riferimento.

Nella struttura di supporto troveranno collocazione diverse competenze professionali relative all'area di medicina generale, di pediatria territoriale, alle aree infermieristica, farmaceutica, sociale, amministrativo-contabile e tecnico informatica.

Questo percorso graduale deve permettere che i nuclei di cure primarie, da gruppi multidisciplinari che operano in modo integrato per processi, diventino presidi stabili che assicurano ai residenti l'assistenza primaria diretta e quella indiretta, organizzando i percorsi di fruizione dei servizi specialistici e assicurando la continuità delle cure.

E' un processo che necessita di un forte investimento formativo, rivolto a tutti gli operatori del Distretto. Il programma degli interventi di formazione è elaborato prevedendo la partecipazione di tutti i professionisti coinvolti, sotto il coordinamento del responsabile aziendale della formazione e, in ambito distrettuale, sarà attuato con la partecipazione attiva dei medici animatori di formazione di medicina generale e pediatri di libera scelta.

A livello regionale sarà costituito un gruppo tecnico finalizzato a monitorare la fase di avvio del nuovo modello organizzativo dell'assistenza distrettuale, la sua coerenza con

i principi esposti e per verificare, nell'arco temporale di validità del PSR i risultati conseguiti.