

LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO

INDICE

1. IL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO	2
2. IL MANDATO DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO	2
3. IL MODELLO ORGANIZZATIVO	5
3.1 Dimensione ottimale del Distretto e Responsabilità.....	5
3.2 Il modello-tipo di Distretto	5
3.3 L'articolazione organizzativa	6
3.4 I Dipartimenti funzionalmente collegati al Distretto.....	10
4. IL DISTRETTO COME "SISTEMA INTEGRATO"	11
4.1 L'integrazione socio-sanitaria.....	11
4.2 L'integrazione con il Dipartimento di Prevenzione.....	12
4.3 L'integrazione con l'Ospedale.....	12
4.4 L'integrazione con le risorse della Comunità	13
5. STRUMENTI A SUPPORTO	13
5.1 La Centrale Operativa Territoriale	13
5.2 Il Sistema Informativo Integrato.....	14
5.3 Il Budget di Distretto	15
6. LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE	15
6.1 Aggiustamento per il case-mix e stratificazione del rischio sanitario nelle Cure primarie	15
6.2 Gli strumenti di programmazione.....	16

1. IL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO

Il Distretto socio-sanitario è l'articolazione dell'Azienda ULSS finalizzata a realizzare l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni socio-sanitari della popolazione.

L'integrazione si intende riferita anche agli ambiti istituzionali (es. Comuni), agli ambiti professionali (es. team multiprofessionali) e tra le dimensioni sociale e sanitario con particolare riferimento alle aree ad elevata integrazione quali: anziani, disabili, salute mentale, dipendenze, area materno-infantile.

Nel dettaglio afferiscono al livello distrettuale le seguenti attività:

- assistenza medica primaria (medicina/pediatria di famiglia, continuità assistenziale);
- assistenza infermieristica;
- assistenza sociale;
- assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata;
- cure palliative;
- assistenza consultoriale per la promozione e la tutela dell'infanzia e della famiglia, compresi la mediazione, l'affido e l'adozione;
- assistenza neuropsichiatrica e psicologica infantile ed adolescenziale;
- assistenza scolastica e inserimento lavorativo per persone disabili, con dipendenza patologica e con sofferenza mentale;
- assistenza residenziale e semiresidenziale nelle aree della disabilità, delle dipendenze, della salute mentale e dell'età evolutiva;
- assistenza residenziale, semiresidenziale ed intermedia per adulti-anziani non autosufficienti;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza specialistica territoriale;
- riabilitazione;
- assistenza protesica;
- assistenza penitenziaria;
- azioni di supporto nell'ambito della prevenzione delle malattie e della promozione della salute.

2. IL MANDATO DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO

Nell'ottica del miglioramento della qualità, e quindi dell'appropriatezza, le caratteristiche a cui deve tendere il SSSR sono:

- la centralità del paziente,
- la sicurezza,
- l'efficacia,
- la tempestività,
- l'efficienza,
- l'equità.

L'implementazione effettiva di queste dimensioni richiede l'adozione di un approccio di Sistema attraverso uno sviluppo complessivo che coinvolga i pazienti, i professionisti, l'organizzazione e tutta la rete degli attori locali, ivi compreso il volontariato.

A tale fine il Distretto socio-sanitario, quale centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda ULSS, sede di gestione e coordinamento della filiera dell'assistenza territoriale, richiede una ridefinizione dei propri obiettivi e delle competenze.

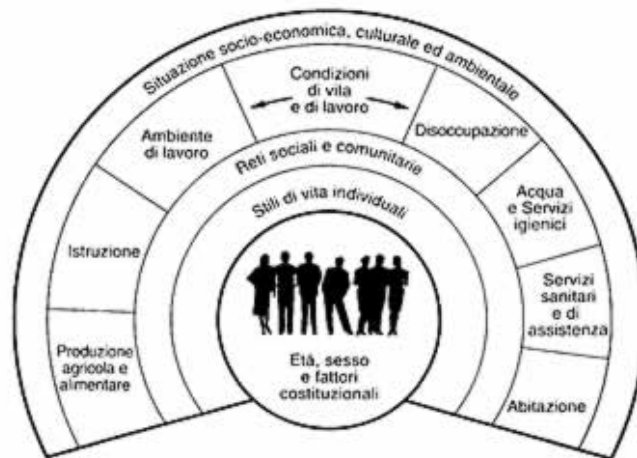
Rappresentano **obiettivi affidati** al Distretto socio-sanitario:

- analizzare e misurare i bisogni, stratificando la popolazione assistita sulla base delle criticità effettive (*case-mix*), decodificando i bisogni e trasformandoli in domande, definendone livelli di complessità assistenziale e modelli organizzativi più efficaci/efficienti, nonché identificando i luoghi di cura più appropriati (come rappresentato nella Fig.2);
- consolidare l'integrazione socio-sanitaria a garanzia della tutela della salute e del benessere della persona nella sua globalità, assicurando una presa in carico organizzata e coordinata;
- garantire l'assistenza h24, 7gg/7, prevedendo uno specifico modello di integrazione operativa tra le componenti della Medicina Convenzionata ed i servizi distrettuali, ivi compreso un modello di assistenza domiciliare h24;
- implementare in modo diffuso le Medicine di Gruppo Integrate, quali team multiprofessionali finalizzati a gestire efficacemente i bisogni della Comunità di riferimento, perseguendo criteri di qualità relativi a: *globalità, accessibilità e continuità, equità ed attenzione alla persona, sostenibilità economica*;
- definire ed implementare i percorsi assistenziali per le principali patologie croniche e per l'assistenza alle persone fragili, affrontando la comorbidità in maniera integrata non solo a livello distrettuale ma anche con il livello ospedaliero, e prevedendo un sistema di misurazione degli esiti;
- attivare un'offerta adeguata di strutture di ricovero intermedie in grado di accogliere i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare o risulti improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione, offrendo una risposta polifunzionale a carattere temporaneo di stabilizzazione, riabilitazione estensiva, palliazione. Per i requisiti specifici di queste strutture, nella fattispecie Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali, si rinvia a quanto disposto dalla DGR n.2718/2012;
- attivare idonei strumenti organizzativo-gestionali per garantire le transizioni del paziente da un luogo di cura ad un altro o da un livello assistenziale ad un altro, per assicurare la presa in carico dei pazienti complessi nell'arco delle 24h, per provvedere al monitoraggio in tempo reale dei percorsi assistenziale e connettere i professionisti (Centrale Operativa Territoriale);
- sviluppare l'integrazione funzionale e gestionale delle strutture residenziali e semiresidenziali con i servizi distrettuali, estendendo l'attività sanitaria specialistica a supporto del Medico Convenzionato, rimodulando le unità di offerta per adeguarle alle esigenze assistenziali, sviluppando l'integrazione informativa attraverso l'implementazione di cartelle integrate con l'Azienda ULSS;
- consolidare il rapporto con i Comuni non soltanto relativamente alle funzioni socio-sanitarie, ma anche per lo sviluppo dell'assistenza territoriale e la partecipazione al benessere della comunità;
- utilizzare il budget come strumento gestionale sistematico, che presuppone un processo di negoziazione degli obiettivi e delle risorse disponibili su più livelli di responsabilità, finalizzati al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del Sistema.

Per poter assolvere compiutamente a questi obiettivi il Distretto socio-sanitario deve potenziare adeguatamente la *competenza sul governo clinico* inteso come lo sviluppo e l'applicazione dei percorsi assistenziali per patologie a più elevata prevalenza, secondo i principi della *clinical governance*, le cui componenti sono:

- il coinvolgimento degli assistiti,
- le linee guida cliniche e i percorsi assistenziali,
- la collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale,
- la medicina e il nursing basati sull'evidenza,
- la gestione del rischio clinico,
- gli esiti e la loro misurazione,
- l'audit clinico, ivi compresi gli aspetti organizzativi ed assistenziali,
- la ricerca e lo sviluppo,
- la formazione continua,
- la valutazione del personale.

Fig. 1
I determinanti della salute in Italia e in Europa



Fonte: adattamento da Dahlgren and Whitehead (1993)

Fig. 2
La piramide del rischio: il case-mix del Distretto



Schematizzazione della piramide del rischio nella popolazione generale con la distribuzione percentuale dei gruppi ad isorisorse (*Resource Utilization Bands* o RUB) e la stima del carico assistenziale (peso locale) elaborati su un campione di un milione di assistiti della Regione Veneto.

La realizzazione delle attività del governo clinico presuppone un approccio di Sistema e, dunque, un contesto bene organizzato. Ciò impone lo sviluppo di una forte *competenza organizzativa* che per il Distretto socio-sanitario si declina:

- nello sviluppo dei servizi distrettuali, implementando connessioni funzionali con le altre macro-strutture aziendali (Ospedale e Dipartimento di Prevenzione), nonché con le strutture del privato accreditato e con la rete degli attori locali;
- nella responsabilità di mettere a disposizione tutte le risorse affinché il medico/pediatra di famiglia possa esercitare il proprio ruolo di referente principale per l'assistito, garantendo una risposta appropriata;
- nella responsabilità di organizzare e presidiare il coinvolgimento funzionale di tutte le componenti della Medicina Convenzionata nel percorso assistenziale e di coordinare i servizi e i professionisti afferenti agli altri ambiti (ospedale, strutture residenziali e semiresidenziali, servizi sociali, ecc.) al fine di garantire una presa in carico coordinata e continuativa;
- nella capacità di favorire, conformemente alla programmazione aziendale, il coinvolgimento responsabile delle Amministrazioni locali nello sviluppo dell'assistenza territoriale, valorizzando le risorse della Comunità locale.

3. IL MODELLO ORGANIZZATIVO

3.1 Dimensione ottimale del Distretto e Responsabilità

Al fine di garantire una maggiore uniformità di offerta agli assistiti e, al contempo, perseguire obiettivi di efficienza del SSSR, il Distretto socio-sanitario deve adeguarsi alla soglia (minima) dei **100.000 residenti**. Va, comunque, mantenuta una capillare organizzazione dei servizi ed interventi sul territorio, favorendo una maggiore vicinanza ai bisogni della popolazione, indipendentemente dalla dimensione distrettuale. È opportuno sottolineare che, allo stato attuale, una buona parte delle Aziende ULSS si è orientata verso la costituzione di un *Distretto unico*, indipendentemente dalle dimensioni del bacino di riferimento, privilegiando la dimensione della uniformità gestionale ed organizzativa. Questo orientamento rappresenta un indirizzo auspicabile.

Ciò detto, il nuovo quadro programmatorio, stabilito con la LR n.23/2012, dispone che in ciascuna Azienda ULSS, a prescindere dal numero di Distretti, il ***Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale***, unico responsabile dell'intera funzione territoriale, in coordinamento con il Direttore Sanitario:

- garantisca il coordinamento dei Distretti socio-sanitari qualora vi siano più Distretti nell'Azienda ULSS;
- formuli la programmazione strategica della rete dei servizi socio-sanitari;
- mantenga i rapporti istituzionali con le Amministrazioni locali attinenti alle linee strategiche ed alla programmazione socio-sanitaria aziendale.

3.2 Il modello-tipo di Distretto

Il nuovo quadro programmatorio pone come obiettivo primario il rafforzamento della struttura distrettuale, con particolare riferimento alla sua *dimensione organizzativa* ed alla sua *dimensione clinico-assistenziale*, privilegiando da un lato un'organizzazione trasversale e dall'altro un approccio fondato su percorsi assistenziali.

Vengono così a delinearsi due livelli di responsabilità:

- l'uno di tipo organizzativo-gestionale inerente alla gestione delle strutture;

- l'altro di tipo clinico-assistenziale inerente alla definizione, applicazione e monitoraggio dei percorsi assistenziali.

Questa visione rappresenta fundamentalmente il punto di innovazione rispetto ai contenuti del modello distrettuale proposto nella DGR n.3242/2001.

Più in dettaglio la caratteristica della trasversalità risponde all'obiettivo di garantire uniformità ed equità nei livelli di erogazione dei servizi e delle prestazioni su tutto l'ambito di riferimento dell'Azienda ULSS, concorrendo anche a ridurre le differenze che si sono sviluppate nel corso degli anni tra le stesse Aziende ULSS. Le funzioni distrettuali vengono, dunque, esercitate mediante un *set minimo di Unità Operative* (UO), orientando il Sistema verso una sorta di unicità gestionale. Al contempo è necessario sviluppare percorsi assistenziali intesi come modalità organizzate di svolgimento dell'assistenza, frutto di una metodologia e di un percorso condiviso, perseguendo obiettivi di miglioramento della qualità assistenziale, degli esiti, della sicurezza e della soddisfazione dei pazienti, nonché di ottimizzazione dell'uso delle risorse.

Costituiscono elementi chiave per garantire la presa in carico coordinata e continuativa:

- l'impostazione di un lavoro in team multiprofessionale;
- il riconoscimento dell'UVMD quale luogo unitario di valutazione dei bisogni della persona nei casi più complessi per i quali è necessaria una valutazione multidimensionale ed una presa in carico multiprofessionale, particolarmente frequente nelle aree ad alta integrazione socio-sanitaria;
- la definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato nel quale vengono definiti gli interventi assistenziali ed individuate le responsabilità dei soggetti e delle strutture coinvolte.

Il Direttore di Distretto socio-sanitario

Il Direttore del Distretto garantisce la funzione direzionale di tutte le attività del Distretto mediante i Responsabili delle UU.OO.

Al Direttore di Distretto competono le funzioni di:

- conseguimento di obiettivi di risultato, di attività e di risorse concordati ed assegnati al Distretto, in sede di contrattazione di budget con la Direzione Generale;
- organizzazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali propri del Distretto;
- coordinamento delle necessarie collaborazioni ed organizzazione delle risorse affinché il medico/pediatra di famiglia svolga il proprio ruolo di referente-unico per l'assistito;
- utilizzo dello strumento del budget per definire gli obiettivi e monitorare i relativi indicatori di risultato attribuiti alle UO distrettuali e alle Medicine di Gruppo Integrate (team multi professionali), organizzando, coerentemente con la programmazione strategica, i servizi e le risorse, nonché monitorandone l'implementazione.

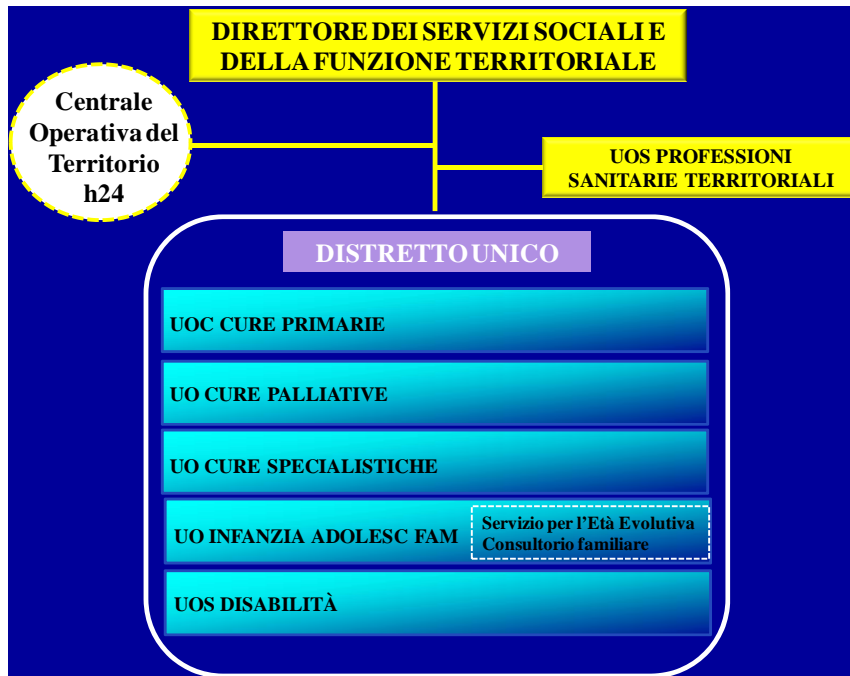
Qualora vi siano più Distretti, ciascun Direttore di Distretto assume le funzioni sopraelencate per l'ambito di riferimento del proprio Distretto.

3.3 L'articolazione organizzativa

Come precedentemente detto, il modello distrettuale individuato dalla nuova programmazione regionale dispone che le funzioni distrettuali vengano esercitate mediante un *set minimo di UO*, collocate in maniera trasversale rispetto a tutti i Distretti in cui può essere articolato il territorio aziendale, orientando il Sistema verso una sorta di unicità gestionale ed operativa.

Per garantire gli altri livelli di assistenza afferenti al Distretto, l'Azienda ULSS, in ragione da un lato della specificità del bisogno assistenziale locale, dall'altro dell'esistenza di modelli organizzativi funzionali, **potrà prevedere specifiche UO secondo i criteri e i vincoli numerici posti dalle presenti Linee Guida sugli Atti aziendali.**

Fig. 3
Esemplificazione del set organizzativo di minima per un Distretto ottimale



A seguito vengono elencate le previste UO trasversali e specificate alcune loro funzioni.

Unità Operativa Complessa di Cure Primarie

Ha funzioni di:

- sviluppo, coordinamento e gestione delle Cure primarie, attraverso l'implementazione delle Medicine di Gruppo Integrate previste dagli specifici atti di indirizzo regionale, coinvolgendo tutte le componenti della convenzionata e organizzando le necessarie risorse commisurate agli obiettivi;
- garanzia della continuità dell'assistenza e delle cure h24, 7gg/7 assicurando l'integrazione funzionale tra la Medicina di famiglia, la Continuità Assistenziale e la Specialistica;
- definizione ed implementazione dei percorsi assistenziali, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture anche sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita dell'assistito (ambulatoriale, domiciliare o residenziale);
- implementazione e responsabilità del funzionamento assistenza domiciliare integrata;
- coordinamento sanitario delle strutture di ricovero intermedie, delle strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per garantire uniformità di percorsi e di implementazione di procedure condivise e basate sull'evidenza;
- coordinamento e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa nell'ambito della farmaceutica, della protesica e della specialistica, partecipando al buon governo delle risorse.

Unità Operativa Infanzia Adolescenza Famiglia

Ha funzioni di:

- assistenza sanitaria e socio-sanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, a tutela della maternità, per la procreazione responsabile, per la protezione e cura del minore in stato di abbandono o di maltrattamento. Tali finalità andranno perseguite in collegamento con le altre UU.OO. distrettuali ed ospedaliere, con la rete dei servizi sociali dei Comuni, con gli organi giudiziari per la tutela dell'infanzia;
- promozione della salute e del benessere dei minori e degli adolescenti, garantendone il corretto sviluppo e sostenendo il ruolo affettivo, educativo e socializzante della famiglia tramite la

sintonizzazione delle proprie attività preventive, diagnostiche, curative e riabilitative con le altre UU.OO. territoriali ed ospedaliere e con le finalità degli altri soggetti istituzionali quali: i servizi sociali dei Comuni, la scuola, gli organi di giustizia minorile, ecc.;

- sviluppo, coordinamento e gestione delle Cure primarie con riferimento all'area omogenea materno-infantile, età evolutiva e famiglia, attraverso l'implementazione delle forme associative della Pediatria di famiglia previste dagli atti di indirizzo regionali, prevedendo peraltro la loro integrazione nelle Medicine di Gruppo Integrate;
- garanzia della continuità dell'assistenza e delle cure h24, 7gg/7 assicurando l'integrazione funzionale tra la Pediatria di famiglia, la Continuità Assistenziale e la Pediatria ospedaliera;
- definizione ed implementazione dei percorsi assistenziali nello specifico ambito, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture anche sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita dell'assistito (ambulatoriale, domiciliare o residenziale);
- coordinamento e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa nell'ambito della farmaceutica, della protesica e della specialistica, partecipando al buon governo delle risorse.

Questa UO si configurerà come UO Complessa laddove il bacino di riferimento sia superiore ai 250.000 abitanti. Al proprio interno dovrà prevedere il *Servizio per l'Età Evolutiva* sulla base delle Linee Guida approvate con DGR n.1533/2011 e il *Consultorio familiare* sulla base delle Linee Guida approvate con DGR n. 215/2010.

Unità Operativa Cure Palliative

Al fine di garantire l'uniformità assistenziale su tutto il territorio regionale, il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 conferma e rafforza l'applicazione della LR. n.7/2009, prevedendo una evoluzione dei suoi contenuti anche alla luce degli indirizzi ministeriali.

Pertanto le Aziende ULSS garantiranno l'offerta di cure palliative a livello sovradistrettuale attraverso questa UO, a cui afferiscono tutti i malati candidati a palliazione, verso i quali svolge attività di gestione e programmazione del percorso, garantendo la continuità clinico-assistenziale tra l'Ospedale, le cure domiciliari e le strutture residenziali idonee (nella fattispecie Hospice e Ospedale di Comunità).

Ha funzioni di:

- attivazione e coordinamento del Nucleo di Cure Palliative, specificatamente dedicato, che rappresenta una organizzazione funzionale composta da: medici di famiglia, medici palliativisti, infermieri, psicologi, medici di continuità assistenziale, ai quali si aggiungono altre professionalità socio-sanitarie (es. assistenti sociali, terapisti della riabilitazione, dietisti, ecc.);
- definizione ed implementazione dei percorsi assistenziali nello specifico ambito, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture anche sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita dell'assistito (ambulatoriale, domiciliare o residenziale);
- garanzia di una coerenza prescrittiva verso i farmaci a maggiore efficacia antalgica con particolare attenzione all'uso di oppioidi in ogni condizione di dolore.

Questa UO si configurerà come UO Complessa laddove il bacino di riferimento sia superiore ai 250.000 abitanti e conformemente al piano di sviluppo delle cure palliative nell'ambito di riferimento.

Unità Operativa Attività Specialistiche

Ha funzioni di:

- riorientamento della funzione specialistica a supporto del medico/pediatra di famiglia;
- coordinamento degli specialisti (convenzionati e dipendenti) presso le sedi distrettuali, a domicilio, presso le strutture di ricovero intermedie, presso le strutture semiresidenziali e residenziali;
- coordinamento funzionale dell'attività ambulatoriale erogata presso le sedi distrettuali, ospedaliere e le strutture private accreditate nell'ambito del territorio dell'Azienda ULSS, concorrendo anche alla definizione del rapporto con le strutture private accreditate e del relativo budget, secondo criteri di accessibilità per l'assistito e qualità delle prestazioni;

- programmazione e coordinamento dell'attività del Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale, quale strumento gestionale e punto di sincronizzazione dell'attività delle strutture aziendali e del privato accreditato;
- supervisione dell'attività del CUP Manager, coordinatore dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali, al fine di verificare e di controllare le modalità operative di esecuzione delle prestazioni ambulatoriali, svolgendo un monitoraggio continuo sugli effettivi tempi di attesa;
- supporto alla definizione e partecipazione responsabile alla implementazione dei percorsi assistenziali, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture anche sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita dell'assistito (ambulatoriale, domiciliare o residenziale);
- monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e governo delle liste d'attesa, coinvolgendo i medici/pediatri di famiglia, gli specialisti ambulatoriali interni e gli specialisti ospedalieri nella condivisione ed applicazione estesa delle classi di priorità, implementando un monitoraggio sistematico dell'aderenza dei profili prescrittivi ai criteri concordati;
- monitoraggio delle attività svolte dalle strutture e dai soggetti convenzionati in termini di quantità e qualità delle prestazioni erogate rispetto a quanto programmato.

Questa UO si configurerà come UO Complessa laddove il bacino di riferimento sia superiore ai 250.000 abitanti, anche con riferimento al capoluogo ed alle attività connesse.

Unità Operativa Semplice Disabilità

Svolge attività ed interventi relativamente all'area della disabilità in ogni ambiente di vita ed in particolare con riferimento ai servizi residenziali e semiresidenziali per disabili.

Rappresentano azioni qualificanti:

- la definizione e la realizzazione del Progetto Assistenziale Individualizzato, attraverso l'UVDM, così come previsto dai provvedimenti regionali in considerazione delle fasi della crescita e della vita della persona disabile;
- l'individuazione di percorsi riabilitativi per tutte le fasce d'età e di patologia, che abbiano come obiettivo finale l'autonomia, l'inclusione sociale e la partecipazione attiva del disabile nel suo contesto di vita;
- il rafforzamento del Servizio di Integrazione Lavorativa (SIL), svolto a livello aziendale ed in collaborazione anche con gli altri servizi distrettuali, in particolare l'area delle dipendenze e della salute mentale, dei soggetti deboli e svantaggiati;
- il consolidamento dell'attività di integrazione scolastica, svolta a livello aziendale ed in collaborazione anche con gli altri servizi distrettuali, in particolare l'area dell'età evolutiva;
- il consolidamento del rapporto con il privato sociale quale elemento fondamentale della rete dei servizi.

Unità Operativa Semplice Professioni Sanitarie Territoriali

Ha funzione di:

- coordinamento operativo dell'assistenza infermieristica, riabilitativa e tecnico-sanitaria distrettuale, al fine di favorire una efficace e razionale organizzazione, gestione ed integrazione degli infermieri nel team multiprofessionale;
- partecipazione alla programmazione delle attività distrettuali;
- supporto per l'implementazione di modelli assistenziali innovativi coerenti con la metodologia del nursing case management;
- supporto per le sperimentazioni di nuovi modelli organizzativi assistenziali.

Unità Operativa Semplice per la Sanità Penitenziaria

È formalmente istituita in tutte le Aziende ULSS sede di istituto penitenziario ed è preposta alla gestione unitaria di tutte le attività socio-sanitarie, di base e specialistiche, a favore dei detenuti secondo le Linee di indirizzo sull'organizzazione della Sanità Penitenziaria approvate con DGR n. 2337/2011.

Ha funzione di:

- garanzia dell'assistenza sanitaria nei confronti dei detenuti in termini di: prestazioni di medicina generale individuate dai LEA, assistenza specialistica, gestione delle emergenze-urgenze, assistenza infermieristica, fornitura di farmaci e presidi;
- raccordo delle attività con quelle assicurate dal Dipartimento per le Dipendenze e dal Dipartimento di Salute Mentale a favore dei detenuti;
- garanzia dei rapporti fra l'Azienda ULSS e la direzione dell'istituto penitenziario.

Si configura come una UO semplice a valenza dipartimentale, collocata nella struttura Distretto sede dell'istituto penitenziario.

Dipartimento per le Dipendenze

Il Dipartimento per le Dipendenze è formalmente istituito in tutte le Aziende ULSS per coordinare tutte le unità operative pubbliche e private che direttamente o indirettamente si occupano di dipendenze patologiche, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità tecnico-funzionale e gestionale.

Il Dipartimento per le Dipendenze è un dipartimento funzionale, collocato nella struttura Distretto, che dipende dalla Direzione dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale.

Il Direttore del Dipartimento, nominato dal Direttore Generale fra i responsabili delle UO che compongono il Dipartimento stesso, persegue i seguenti obiettivi:

- applicazione delle direttive nazionali e regionali in materia di dipendenze patologiche;
- coordinamento della rete complessiva dei servizi pubblici e privati convenzionati che operano in materia di dipendenze patologiche nel territorio di propria competenza;
- gestione della quota del budget aziendale destinato alle dipendenze patologiche e perseguimento degli obiettivi assegnati.

3.4 I Dipartimenti funzionalmente collegati al Distretto

Sono funzionalmente collegati al Distretto i servizi facenti capo al Dipartimento di Salute Mentale e al Dipartimento di riabilitazione Ospedale-Territorio: l'obiettivo di un raccordo operativo si pone a garanzia per il paziente di continuità e di coordinamento assistenziale.

Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), istituito in tutte le Aziende ULSS, rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale e si estrinseca nella organizzazione unitaria e coerente delle varie articolazioni strutturali e funzionali in cui si esprime la presa in carico dei bisogni di salute mentale di una popolazione. Pertanto opera per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale, privilegiando interventi personalizzati ed intervenendo primariamente sul territorio secondo una logica di psichiatria di comunità. Il DSM coordina sotto un'unica direzione le attività territoriali ed ospedaliere, pubbliche e private convenzionate dell'assistenza psichiatrica.

È un dipartimento strutturale transmurale (ospedaliero e territoriale), dotato di autonomia tecnico-organizzativa, collocato nella struttura Distretto socio-sanitario, che si interfaccia con il Direttore della funzione territoriale e con il Direttore della funzione ospedaliera.

Il DSM comprende una o più UO Complesse finalizzate al completo sviluppo e all'integrazione degli interventi terapeutico-riabilitativi e preventivi in ambito ambulatoriale e domiciliare, semiresidenziale, residenziale ed ospedaliero.

Il Direttore del Dipartimento, nominato dal Direttore Generale fra i Direttori delle UOC di Psichiatria, persegue i seguenti obiettivi:

- applicazione delle direttive nazionali e regionali, con particolare riferimento ai Progetti Obiettivo ed al Regolamento del DSM approvato con DGR n.752/2011;
- coordinamento della rete complessiva dei servizi territoriali ed ospedalieri, pubblici e privati convenzionati dell'assistenza psichiatrica che insistono nel territorio di propria competenza;

- gestione della quota del budget aziendale destinato alla tutela della salute mentale e perseguimento degli obiettivi assegnati.

Nelle sedi in cui insistono le cliniche universitarie, che operano nell'ambito delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende ULSS territoriali, il DSM è un dipartimento interaziendale e il Direttore è nominato dai Direttori Generali delle due Aziende, di intesa con il Rettore e con il Preside della facoltà di Medicina e tenuto conto di eventuali specifiche previsioni contenute nei protocolli di intesa tra Regione ed Università. Alle cliniche psichiatriche universitarie può essere affidata la direzione di una delle UOC del DSM, alla quale può essere assegnata una specifica porzione di territorio e uno specifico bacino di utenza; per gli utenti di questo territorio, le UO a direzione universitaria assicurano la presa in carico, il trattamento, la riabilitazione e il ricovero.

Dipartimento funzionale di riabilitazione Ospedale-Territorio

Data l'importanza di sviluppare una efficiente rete per la riabilitazione, specie con riferimento alla domiciliarietà e alle strutture di ricovero intermedie (nella fattispecie l'Unità Riabilitativa Territoriale), si configura strategico prevedere un ***Dipartimento funzionale di riabilitazione Ospedale-Territorio***, quale garante della continuità assistenziale e dell'appropriatezza dell'intervento, sviluppando una collaborazione su base provinciale.

4. IL DISTRETTO COME “SISTEMA INTEGRATO”

4.1 L'integrazione socio-sanitaria

L'integrazione socio-sanitaria si conferma strategia fondante del modello veneto, da perseguire a tutti i livelli del sistema, quale approccio che interpreta in modo completo l'obiettivo di tutelare la salute ed il benessere al di là di logiche settoriali ed autoreferenziali.

Aspetti imprescindibili per realizzare l'integrazione socio-sanitaria sono:

- l'adozione di *un approccio per percorsi assistenziali integrati*, a partire dalla progettazione-programmazione degli interventi, alla realizzazione della presa in carico, alla valutazione degli esiti in termini di risultati conseguiti;
- la *partecipazione della persona* attraverso la personalizzazione degli interventi, valorizzando la relazione interpersonale anche in termini di qualità del tempo dedicato, la facilitazione all'accesso, il coinvolgimento del paziente nei percorsi assistenziali;
- la *multiprofessionalità* quale cardine per formulare una azione integrata e continuativa;
- la *valorizzazione della rete*, non soltanto istituzionale (Aziende ULSS, Comuni, Scuole, ecc.) ma anche informale (rete parentale, amicale, volontariato, privato sociale), costruendo sinergie tra le varie risorse.

L'integrazione socio-sanitaria trova realizzazione laddove è possibile valutare in modo unitario ed uniforme i bisogni sanitari, socio-sanitari, socio-assistenziali, che hanno portato alla formulazione di una domanda: questo si realizza di norma attraverso l'UVMD.

Le Medicine di Gruppo Integrate intese come team multiprofessionali che prendono in carico i bisogni di una Comunità rappresentano di fatto i luoghi ideali in cui si può sviluppare operativamente l'integrazione socio-sanitaria.

Inoltre rappresentano obiettivi strategici la promozione dell'esercizio della delega da parte dei Comuni alle Aziende ULSS nella gestione dei servizi sociali e socio-sanitari, nonché la diffusione della gestione associata dei servizi con eventuale esclusione dei capoluoghi di provincia, anche al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse e garantire uniformità di trattamento su tutto il territorio regionale.

4.2 L'integrazione con il Dipartimento di Prevenzione

Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 individua tra gli obiettivi prioritari del Distretto la prevenzione e la promozione della salute. Questo ambito richiede di operare mediante un approccio trasversale che consenta di armonizzare le iniziative in una logica di rete e di favorire la sinergia intersettoriale tra tutti i professionisti coinvolti. Ai fini preventivi è, dunque, strategica una visione integrata, non solo fra i servizi dei Dipartimenti di Prevenzione ma anche in coordinamento con i Distretti, ed in particolare con i medici e pediatri di famiglia e con le strutture a diverso titolo impegnate nella tutela della Salute pubblica.

Rappresentano in particolare ambiti ed azioni rilevanti:

- *prevenire le malattie suscettibili di vaccinazione* individuando strategie per mantenere o migliorare le coperture raggiunte, perseguendo un coinvolgimento attivo dei medici/pediatri di famiglia anche nell'azione di sensibilizzazione ed informazione della popolazione;
- *ridurre la mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto*, attraverso i programmi di screening di massa per una diagnosi precoce delle malattie oncologiche. L'integrazione funzionale tra Distretto e Dipartimento di Prevenzione è volta ad incrementare la partecipazione e l'accesso agli screening nella popolazione generale e nei sottogruppi specifici;
- *promuovere la prevenzione primaria e la promozione di stili di vita sani per prevenire le patologie cronico-degenerative e le loro complicanze*, individuando come obiettivi da realizzare in integrazione con le strutture distrettuali:
 - la riduzione della percentuale di fumatori abituali, con particolare riguardo alle fumatrici e a soggetti in età giovane-adulta, anche attraverso azioni di educazione, sostegno ed incentivo alla cessazione del fumo;
 - l'incremento dell'attività motoria, con riguardo alla popolazione giovane-adulta e adulta-anziana;
 - la prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, anche attraverso la realizzazione di adeguate campagne informative;
 - la riduzione del numero di consumatori di alcol a rischio attraverso azioni di prevenzione ed interventi di counselling breve;
- *ridurre l'incidenza e la mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari*, attraverso:
 - la valutazione del rischio con il coinvolgimento del medico di famiglia;
 - l'individuazione di percorsi personalizzati per la modifica dello stile di vita.

4.3 L'integrazione con l'Ospedale

Le esperienze sviluppate nel Veneto in tema di continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione Ospedale-Territorio portano ad individuare alcune strategie imprescindibili:

- il consolidamento dei modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati dalla **implementazione di percorsi** per la presa in carico globale e coordinata del paziente, anche tramite sistemi codificati di corresponsabilità e "figure di riferimento" (*case manager*);
- l'implementazione di soluzioni organizzative, quali le **Centrali Operative Territoriali**, intese come strumenti di raccolta e classificazione del problema/bisogno, di attivazione delle risorse più appropriate, di pianificazione e coordinamento degli interventi, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro;
- il potenziamento degli strumenti di scambio informativo, nella fattispecie dei **sistemi informativi integrati**, a supporto dell'integrazione professionale, evitando la frammentazione degli interventi e garantendo la continuità informativa del processo assistenziale.

Inoltre, per dare formalizzazione al ruolo dell'integrazione con l'Ospedale, ciascuna Azienda ULSS dovrà istituire un **Coordinamento** per la pianificazione e l'organizzazione delle attività relative alla gestione del

paziente tra l'ambito ospedaliero e territoriale, finalizzato alla condivisione dei percorsi assistenziali, alla loro corretta applicazione ed alla responsabilizzazione sulla valutazione degli esiti.

Sono membri del Coordinamento: il Direttore Sanitario, il Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale, il Direttore della funzione ospedaliera, il Direttore/i del Distretto, i responsabili delle UO distrettuali, un farmacista, un assistente sociale, un medico ed un pediatra di famiglia, uno specialista ambulatoriale interno, nominati dai rispettivi comitati aziendali e comitato zonale.

4.4 L'integrazione con le risorse della Comunità

Conformemente alle indicazioni della programmazione regionale, andrà promossa la stipula ideale di un *Patto con la Comunità locale*, finalizzato a responsabilizzare tutti i soggetti alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). In particolare è necessario:

- promuovere il *coinvolgimento dei pazienti e delle famiglie* dando valore all'esperienza dell'assistenza ricevuta (un tempo dedicato, la valutazione partecipata dei bisogni e della qualità dell'assistenza, la diffusione della Carta dei Servizi in cui siano esplicitati gli standard di qualità), promuovendo la capacità di migliorare la propria salute potenziando le azioni di educazione all'autocura e il sostegno ai gruppi di auto aiuto, sviluppare approcci di condivisione delle decisioni sui trattamenti;
- coinvolgere le *Amministrazioni locali* nello sviluppo delle Cure primarie ed in particolare nella implementazione delle Medicine di Gruppo Integrate, anche attraverso la messa a disposizione di strutture, l'attivazione congiunta di programmi, la messa in sinergia di professionalità;
- coinvolgere le *associazioni di volontariato e le altre organizzazioni*, prevedendo in ogni Azienda ULSS una funzione di interfaccia specifica, quale punto di riferimento per il volontariato, con lo scopo di: favorire la reciproca conoscenza, sostenere percorsi formativi integrati, diffondere le buone pratiche e le opportunità socio-educative, implementare l'audit civico finalizzato al miglioramento dell'assistenza.

5. STRUMENTI A SUPPORTO

5.1 La Centrale Operativa Territoriale

Nell'ambito delle competenze del Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale, in coordinamento con il Direttore Sanitario, andrà sviluppata la *Centrale Operativa Territoriale* (unica e quindi a valenza aziendale), interconnessa con la rete dei servizi distrettuali e funzionale a tutte le UO territoriali.

La Centrale Operativa rappresenta l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto svolge una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale. Rappresenta, infatti, lo strumento di raccolta e classificazione del problema/bisogno espresso, di attivazione delle risorse più appropriate, di programmazione e pianificazione degli interventi attivando i soggetti della rete assistenziale, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro.

Vengono a seguito schematizzate le caratteristiche principali.

Tipologia di interventi

- coordina la transizione (dimissione) dei pazienti ricoverati in Ospedale verso il trattamento temporaneo o residenziale o domiciliare protetto;
- coordina la presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare protetta e le eventuali transizioni verso altri luoghi di cura o altri livelli assistenziali;

- coordina la transizione (ammissione/dimissione) e sorveglia sulla presa in carico dei pazienti ricoverati presso le strutture di ricovero intermedie;
- sorveglia sulla presa in carico dei pazienti in assistenza residenziale definitiva o semiresidenziale

Soggetti che la attivano

- Personale distrettuale e ospedaliero;
- Medici/pediatri di famiglia e medici di continuità assistenziale;
- Personale delle strutture di ricovero intermedie, nonché delle strutture residenziali e semiresidenziali;
- personale del Comune (Servizi Sociali)/Familiari di pazienti protetti e critici.

Funzionamento

- è attiva 24h e 7 giorni su 7;
- è supportata da un call center aziendale attivo h24, in grado di ricevere chiamate e, sulla base di precisi criteri di triage telefonico, coordina le azioni per fornire una soluzione/risposta alle richieste;
- è in grado di intercettare i bisogni di cure e/o di assistenza, garantendo la continuità dell'assistenza, interfacciandosi con l'Ospedale, con le strutture di ricovero intermedie (Hospice, Ospedale di Comunità, Unità Riabilitativa Territoriale) e le strutture residenziali, con i medici/pediatri di famiglia, con i medici di continuità assistenziale, con le cure domiciliari, con la Centrale del SUEM 118;
- opera in stretta integrazione con l'equipe delle cure domiciliari e delle cure palliative.

Risorse umane

- Personale infermieristico, socio-assistenziale e amministrativo appropriatamente formato in modo da essere in grado di gestire le chiamate ed attivare e coordinare i suddetti interventi h24.

La Centrale Operativa Territoriale è diretta da un professionista che abbia conseguito la laurea magistrale in una delle Professioni Sanitarie di cui alla L.n.251/2000.

Dotazione informatica

- Dotazione di software di registrazione vocale delle chiamate e tracciabilità informatica della apertura e chiusura delle stesse e delle eventuali transizioni effettuate.
- Dotazione di software con accesso ed alimentazione nel Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico degli interventi effettuati.
- Dotazione di un data-base che permetta di visualizzare in tempo reale la disponibilità dei posti letto in strutture di ricovero intermedie e residenziali, nonché l'anagrafica dei pazienti in assistenza domiciliare protetta.
- Dotazione di software con possibilità di valutazione strumentale telematica dei pazienti.
- Dotazione di video consultazione per paziente da remoto.

La Centrale Operativa dovrà essere **oggetto prioritario del primo provvedimento organizzativo** formulato, in collaborazione con il Direttore Sanitario, dal Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale: detto provvedimento dovrà essere trasmesso in Regione per la relativa approvazione, quale presupposto indispensabile per la riorganizzazione dell'assistenza distrettuale.

5.2 Il Sistema Informativo Integrato

Al fine di garantire la continuità dell'assistenza nelle sue diverse accezioni di continuità informativa, gestionale e relazionale, si rende necessario il potenziamento degli strumenti di scambio informativo, evitando la frammentazione degli interventi, garantendo la continuità del processo assistenziale e, dunque, migliorando l'assistenza erogata.

In quest'ambito diventa indispensabile l'implementazione di un *sistema informativo integrato*:

- tra sociale e sanitario, che metta cioè in rete le informazioni derivanti dai vari ambiti aziendali (pronto soccorso, ospedale, farmaceutica, specialistica, ecc.), sistematizzando anche la parte della domiciliarità, delle cure palliative e della residenzialità extraospedaliera;
- tra Azienda e i software propri della medicina e pediatria di famiglia, per la classificazione delle patologie e dei bisogni di salute a supporto sia della programmazione aziendale che del monitoraggio dei percorsi assistenziali e degli esiti dell'assistenza erogata.

L'obiettivo finale è la realizzazione del *Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico* ovvero quell'insieme di servizi applicativi che consentono l'inserimento ed il successivo recupero dei documenti socio-sanitari, al fine di rendere disponibile, agli operatori abilitati o agli assistiti stessi, in ogni momento ed in ogni luogo, la storia clinica e socio-assistenziale individuale. Il concetto e l'utilizzo del Fascicolo sono da intendersi estesi ai diversi ambiti: ospedaliero, territoriale, sociale e di prevenzione e promozione della salute. Lo strumento dovrà, pertanto, essere unico, indipendentemente dall'area dei servizi da cui provengono le informazioni.

5.3 Il Budget di Distretto

Tra gli strumenti manageriali a disposizione del Distretto il più importante è il budget di Distretto, definito sulla base della DGR n.625/2003, come "... *uno strumento operativo aziendale di programmazione e controllo per i Centri di Responsabilità a cui sono assegnati obiettivi quali-quantitativi e correlate risorse sia correnti che di investimenti*".

L'utilizzo del budget come strumento gestionale presuppone un processo di negoziazione degli obiettivi e delle risorse disponibili su più livelli di responsabilità, finalizzati al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del Sistema assistenziale.

In particolare andrà favorita la correlazione tra gli obiettivi del budget distrettuale e gli obiettivi del budget ospedaliero, configurandola come prassi, dal momento che molti obiettivi strategici aziendali richiedono processi orizzontali di ricomposizione e di integrazione tra i diversi ambiti che trattano un medesimo paziente.

6. LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE

6.1 Aggiustamento per il case-mix e stratificazione del rischio sanitario nelle Cure primarie

La conoscenza dei bisogni di salute della popolazione è momento fondamentale del processo di programmazione della rete dei servizi socio-sanitari locali.

Data la crescente complessità, comorbidità ed eterogeneità dei bisogni di salute, si evidenzia la necessità di introdurre strumenti di misurazione del case-mix della popolazione che permettano una mappatura accurata della morbidità ma anche una più equa misurazione del carico assistenziale e delle risorse necessarie per rispondere ai diversi bisogni. Questi strumenti permettono di valutare, prima di tutto, la diversa distribuzione delle malattie, come le risorse (assistenziali ed economiche) sono utilizzate in rapporto al carico misurato di malattia, ed inoltre consentono la stratificazione dei bisogni assistenziali in categorie considerate omogenee in termini di utilizzo atteso di risorse assistenziali (*resource utilization bands*, cfr. Fig.2). Dette valutazioni potrebbero concorrere ad una più equa distribuzione delle risorse a livello distrettuale e a livello di Medicina di Gruppo Integrata.

Inoltre, progressivamente andranno introdotti strumenti gestionali che permettano di aggiustare gli attuali criteri di distribuzione delle risorse, basati solo sulla quantità (numero di assistiti o numero di ore), con sistemi validati di misurazione e aggiustamento per il case-mix, valorizzando così anche la qualità dell'assistenza (quali assistiti, quale carico di assistenza).

Queste esigenze palesano, dunque, la necessità di accrescere le competenze del sistema con particolare riferimento:

- al miglioramento delle capacità del medico/pediatra di famiglia di codificare le patologie ed il relativo impatto funzionale all'interno della propria cartella informatizzata, in modo da renderle fruibili anche agli altri colleghi (fase diagnostica) ed impostando, per le patologie croniche, un percorso terapeutico adeguato alla patologia prevalente (fase terapeutica), acquisendo competenze nel campo del disease management;
- all'acquisizione di competenze relazionali e gestionali nella erogazione di assistenza multiprofessionale e multidimensionale ai pazienti con elevata comorbidità, competenze necessarie per un miglior esito assistenziale dei soggetti più fragili, complessi e non inquadrabili in un'unica cronicità (case management);
- all'acquisizione di competenze gestionali sanitarie (health management) da parte sia del personale convenzionato che coordina il team multiprofessionale (es. Medicine di Gruppo Integrate), sia da parte della dirigenza aziendale, competenze atte ad organizzare l'assistenza sanitaria e le relative risorse attraverso strumenti avanzati di analisi, programmazione e controllo, quali l'aggiustamento del rischio, il budget e le misure di efficienza/performance.

6.2 Gli strumenti di programmazione

Perseguendo obiettivi di adeguatezza ai bisogni ed alle esigenze del territorio, nonché di uniformità dei livelli di assistenza e di pluralità dell'offerta, il *sistema locale di offerta socio-sanitaria* si identifica attraverso tre strumenti:

- **Piano Attuativo Locale (PAL)**: è proposto dal Direttore Generale e, previo parere della Conferenza dei Sindaci, è approvato dalla Regione. Si tratta di un piano pluriennale che si uniforma esplicitamente al Piano Socio Sanitario Regionale e agli altri atti della programmazione regionale e ha durata e scadenza pari a quella dei piani della programmazione regionale;
- **Piano di Zona**: è strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione socio-sanitaria e si configura come "piano regolatore dei servizi alla persona". Elaborato a livello di Azienda ULSS, è promosso dall'Esecutivo della Conferenza dei Sindaci ed è approvato dalla Conferenza stessa. È coordinato dal Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale, recepito con deliberazione dal Direttore Generale ed inviato agli uffici regionali competenti per il visto di congruità;
- **Programma delle Attività Territoriali (PAT)**: è strumento operativo di programmazione annuale del Distretto, è basato sulla intersectorialità degli interventi ed è finalizzato alla realizzazione di obiettivi e di indirizzi contenuti nel PAL. Esso contiene la localizzazione dei vari servizi ed interventi sanitari, sociali aziendali e delegati, nonché la determinazione delle risorse per gli interventi erogati, in integrazione con i Comuni ricompresi nel territorio dell'Azienda ULSS. È proposto dal Direttore del Distretto sulla base delle risorse assegnate e delle indicazioni della Direzione aziendale e, previo parere della Conferenza dei Sindaci, viene approvato dal Direttore Generale d'intesa con la Conferenza stessa limitatamente alle attività socio-sanitarie.

Per favorire una maggiore coerenza nella programmazione il Piano di Zona e il Piano Attuativo Locale possono comporre una sorta di "**Piano di Comunità**". L'orientamento è, infatti, di pervenire alla definizione di uno strumento unitario delle politiche per la salute a livello locale, che garantisca la coerenza tra programmazione, sistema delle responsabilità, allocazione delle risorse e misurabilità delle performance, anche in conformità agli obiettivi definiti attraverso il processo di budgeting.