

CAPITOLO 5

I PIANI COLLEGATI



5.1 Il Piano delle Attività Territoriali - A.S.L. n.5

Il piano delle attività territoriali è lo strumento con il quale il Distretto, di concerto con gli altri soggetti istituzionali della comunità, definisce gli obiettivi di salute della comunità stessa.

La complessità dei bisogni espressi dalla popolazione e la conseguente diversificazione della domanda investono, nell'offerta, diversi soggetti istituzionali in particolare le Amministrazioni comunali, le Province, la Scuola, il privato sociale.

Le Amministrazioni comunali per la titolarità diretta dei Servizi sociali rivolti alla tutela dei minori, delle persone in situazione di handicap, e delle persone che necessitano d'assistenza domestica (soprattutto anziani) rappresentano gli enti più interessati.

La necessità di ottimizzare l'utilizzo delle risorse e di garantire l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi impone un forte coordinamento organizzativo la cui effettiva realizzazione dipende dall'applicazione dei vari strumenti giuridici, protocolli d'intesa, convenzioni, accordi di programma.

I principali riferimenti normativi sono:

- Il PIANO SOCIO-ASSISTENZIALE che si pone come un Piano che faccia da starter ad un processo che, muovendo dai bisogni e dalla domanda piuttosto che dall'offerta dei servizi favorisca l'elaborazione, la costruzione di un **sistema regionale integrato** d'interventi sociali e servizi alle persone che rappresenta l'obiettivo principale. Altri spunti interessanti sono, la **definizione degli ambiti** e il **governo partecipato a livello distrettuale**.
- DPCM 14.02.2001 ATTO D'INDIRIZZO E COORDINAMENTO IN MATERIA DI PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE che definisce le diverse tipologie di prestazione socio-sanitarie tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale nonché la durata. Definisce inoltre le diverse prestazioni sanitarie a rilevanza sociale o sociali a rilevanza sanitaria attribuendone le competenze e ripartendo gli oneri economici.
- I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA) - che definiscono le prestazioni che devono essere garantite dal Servizio Sanitario Nazionale e, per quanto riguarda le aree di integrazione socio-sanitaria, le competenze relative di SSN ed Ente Locale (generalmente secondo quanto stabilito dal DPCM di cui sopra).

Il ruolo del Distretto, come articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda, è stato notevolmente ridefinito e potenziato dal D.L. 229/99.

Le linee operative del Piano Strategico Aziendale hanno recepito tali obiettivi di riorganizzazione, impegnando la struttura in un processo programmatico che, nel

corso dell'anno 2002, ha registrato diverse fasi attuative, finalizzate al potenziamento/miglioramento dei servizi domiciliari e residenziali e allo sviluppo delle attività di prevenzione nel settore materno - infantile.

Relativamente all'ipotesi, esposta nel PSA 2001-2003 e negli incontri in sede di Conferenza dei Sindaci, di una nuova definizione degli ambiti territoriali dei Distretti, sono state analizzate e discusse diverse soluzioni; la scelta definitiva, condivisa da Sindaci e parti sociali, riguarda la realizzazione di un solo Distretto per il quale il Direttore Sanitario e gli attuali Responsabili hanno provveduto all'elaborazione di un progetto generale di riorganizzazione.

Nella scelta del Distretto Unico è stata determinante la consapevolezza che nel processo di una piena realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria la coincidenza territoriale tra Distretto ed Ambito Sociale è uno dei fattori fondamentali.

Nel corso del 2002, a seguito della nomina del Coordinatore d'Ambito, sono stati attivati dei tavoli di lavoro integrati (Asl, Comuni, Scuola, Volontariato, etc.) per ognuna delle aree d'integrazione sotto indicate.

Per ogni area i tavoli si sono dati degli obiettivi comuni e condivisi da raggiungere per la prima stesura del Piano di Zona.

- Elenco Aree d'Integrazione

Tutela Sanitaria Persone in situazione di disabilità

Tutela Sanitaria Anziani

Tutela sanitaria della donna e dell'infanzia

Tutela della salute mentale

Prevenzione e trattamento delle tossicodipendenze

Tutela delle persone in situazione di disabilità

In questo settore è obiettivo prioritario il miglioramento dell'integrazione con i Comuni e con le associazioni di volontariato al fine di costruire un "percorso" ideale di "vita" a supporto del trattamento della disabilità, dell'inserimento scolastico e sociale, della formazione e dell'inserimento lavorativo, fino alle terapie di mantenimento o all'assistenza residenziale e semiresidenziale a supporto o in sostituzione delle famiglie ove necessario.

Il progetto "percorso vita" prevede l'intervento di vari attori (ASL, Comuni, Scuole, Associazioni di Volontariato) ed è quindi ad elevata valenza integrativa.

Alcune fasi di questo progetto, quelle d'ambito aziendale sono già state realizzate:

- definizione delle procedure di raccordo tra DMI, PLS ed UMEE che hanno peraltro la necessità di essere costantemente presidiate ed adattate alle variabili situazioni operative dei servizi coinvolti;

- stesura delle procedure di lavoro UMEE e UMEA, modalità d'accesso, segnalazione, consenso delle famiglie.

Resta da realizzare la parte relativa alla definizione dei percorsi per l'integrazione sociale e per la valorizzazione del privato sociale.

In particolare i gruppi di lavoro integrati stanno provvedendo alla stesura definitiva degli Accordi di Programma sia per l'età evolutiva sia per l'età adulta.

Nell'ottica complessiva della prevenzione e della tutela della disabilità s'inserisce a pieno titolo il "Percorso Nascita" elaborato da un gruppo di lavoro multiprofessionale coordinato dal Dipartimento Materno-Infantile, che nella sua articolazione prevede alcuni fondamentali interventi di prevenzione primaria rivolti alla donna in gravidanza e al nascituro per il controllo dei rischi connessi a gravidanza e parto.

Nella prospettiva della definizione di un unico distretto dell'attuale ASL 5 si stanno verificando le attuali procedure operative delle U.M. per il monitoraggio, anche nell'attuale assetto organizzativo, dell'uniformità di comportamento delle U.M. con particolare riferimento a:

- accesso, accoglienza, tempi di risposta agli invianti
- documentazione amm.va e clinica richiesta prima della valutazione
- modalità di valutazione, per quanto possibile, oggettive: situazioni simili devono essere valutate in modo omogeneo nell'intero territorio dell'ASL 5 (riferimenti tecnici adottati, strumenti, etc.).
- strumenti e sistema di gestione delle informazioni: modulistica, statistiche d'utenza e d'attività, cartella dell'assistito

In quest'ambito si potrà inoltre iniziare la costruzione e la sperimentazione di "profili assistenziali" per grandi categorie di disabilità secondo il modello dei profili di cura e quindi con la precisa definizione del percorso assistenziale nelle sue diverse fasi.

Con gli Enti Locali è necessario ridefinire il percorso "Residenzialità" nelle articolazioni "temporanea" (per emergenza, sollievo alle famiglie, etc.) e "permanente", anche in questo settore il percorso, costruito secondo le modalità dei profili di cura, dovrà prevedere le tipologie delle strutture residenziali (sanitarie, socio-sanitarie, sociali), l'univoca ripartizione delle competenze economiche, i tempi di risposta ai diversi profili residenziali e ogni altro elemento utile a velocizzare le procedure di inserimento, finora estremamente indagiose.

Infine, alla luce delle nuove disposizioni regionali, la ASL 5 dovrà provvedere in tempi brevi a ridefinire il numero delle Unità Multidisciplinari e la loro dotazione organica.

Tutela Sanitaria Anziani

Obiettivi

Prevenire la disabilità

Diminuire l'ospedalizzazione

Diminuire o rimandare l'istituzionalizzazione

Azioni

Sviluppo e miglioramento del sistema delle cure domiciliari e della residenzialità

- ampliare l'orario di servizio, come peraltro previsto dalle Linee Guida regionali, al pomeriggio e ai giorni festivi; ciò consente di prendersi carico anche di pazienti a più elevato carico assistenziale che attualmente devono essere seguiti in regime di ricovero.
- reclutare pazienti con problematiche più complesse; a tale scopo è necessario sviluppare ulteriormente la collaborazione con lo IOM con l'intenzione di integrare gli interventi rivolti ai pazienti oncologici terminali.
- utilizzare la cartella delle cure domiciliari unica, prodotta dal gruppo di lavoro misto (Distretti, Oncologia, IOM, Team Nutrizionale, etc.) nella quale sono inseriti tutti i servizi attivati per il paziente compresi gli istituti contrattuali dei MMG.
- Continuare ad integrare organicamente nell'ambito dei programmi ADI l'assistenza riabilitativa domiciliare e altre forme di cure domiciliari già attive (diabetici, nutrizione parenterale, dialisi peritoneale, etc.)
- Presidiare attivamente tutte le fasi dei percorsi Ospedale-Domicilio (es. protocollo ictus) caratterizzate da multidisciplinarietà e ad elevato grado di integrazione.
- Utilizzare le UVD, con strumenti di valutazione unitari, come unica porta d'accesso all'insieme delle strutture residenziali anche quelle non sanitarie.
- Definizione di un Regolamento Tipo Unico SAD-ADI

Residenze Sanitarie Assistenziali

- prosecuzione dei progetti di formazione del personale finalizzata all'applicazione di protocolli assistenziali e a metodologie di lavoro per obiettivi
- restrizione delle patologie e delle tipologie dei pazienti ammessi programmando una riduzione del case-mix assistenziale
- utilizzo di strumenti di miglioramento della qualità dell'assistenza (cartella clinica geriatrica e utilizzo dei RUG per il monitoraggio del case-mix assistenziale)

Campagne di prevenzione della disabilità (con il coinvolgimento di tutti gli attori, MMG, terapisti, cardiologi, podologi, neurologi, psichiatri, etc.):

- educazione sanitaria alla corretta alimentazione, all'igiene personale, alla sicurezza domestica
- informazione sulle demenze e sulla depressione senile
- promozione dell'attività motoria nella terza età

Accoglienza residenziale in emergenza sociale:

- riservare una piccola quota di p.l. in casa di riposo da utilizzare con immediatezza e per brevi periodi di tempo per risolvere problemi sociali emergenti evitando l'uso improprio dell'Ospedale
- prevedere ricoveri in RSA di sollievo alla famiglia (per esigenze particolari)

Obiettivo generale della comunità, che dovrà essere valorizzato dal Piano di Zona, è la ridefinizione generale del Sistema Residenziale e Semiresidenziale dell'Ambito Territoriale in relazione ai nuovi criteri regionali ai fini dell'accreditamento e alla riorganizzazione dell'offerta sanitaria di posti letto.

L'Azienda Sanitaria e gli Enti interessati debbono perseguire l'obiettivo del miglior funzionamento e dell'utilizzo appropriato delle strutture esistenti.

Tutela sanitaria della donna e dell'infanzia

- il tavolo di lavoro integrato insediato dall'Ambito Sociale sta elaborando alcuni progetti, presentati anche dalle associazioni di volontariato, mirati alla tutela dell'infanzia e dei minori;
- potenziamento delle attività relative al progetto screening per la prevenzione dei tumori femminili (piena funzionalità della segreteria aziendale attraverso l'utilizzo di altre figure prof.li adeguatamente formate);
- piena realizzazione del percorso nascita aziendale con valorizzazione del ruolo dell'ostetrica
- tutela sanitaria degli immigrati

Oltre alle aree ad alta valenza integrativa, il Piano delle Attività Territoriali riguarda anche attività più specificamente sanitarie di seguito discusse.

Assistenza Sanitaria di Base

L'associazionismo in Medicina Generale Convenzionata sta progressivamente coprendo la totalità della popolazione, grazie soprattutto agli incentivi contrattuali che spingono in tal senso.

Le Associazioni prevalgono sui Gruppi (più favorevoli economicamente) per la necessità, in questo ultimo caso, di avere una sede ambulatoriale comune, cosa oggettivamente difficile fuori dai centri urbani più grandi.

Si precisa che circa 60 medici su 98 (tra MMG e Pediatri) dispongono di software e pc per la gestione degli ambulatori (anche in questo caso con specifico contributo contrattuale).

Linee di sviluppo:

- Miglioramento della comunicazione/collaborazione MMG-Ospedale già iniziata con i profili di cura (Stroke, ipertensione, antibioticotera, etc.), sia in ordine alla più rapida ed efficace gestione dei pazienti sia relativamente al controllo della spesa farmaceutica.
- Definizione e condivisione del Budget Etico per la Medicina Generale estendendolo dalla spesa farmaceutica all'insieme delle prestazioni sanitarie riconducibili alla popolazione assistita dal MMG.

- Attivazione del collegamento in rete dei servizi aziendali con i MMG (CUP, ADI, Laboratorio, Farmacia interna, U.O. ospedaliere, etc.). Progettazione congiunta di percorsi formativi comuni rivolti ai medici dipendenti e ai Medici di medicina Generale.
- prosecuzione dell'ambulatorio di Medicina Generale per stranieri non in regola con le norme per l'ingresso in Italia

Medicina Specialistica ambulatoriale

Viene erogata in 8 strutture: Murri, Viale, via Guerri a Jesi, e poi Moie Cupramontana, Montecarotto, Cingoli e Filottrano.

Nell'erogazione delle prestazioni sono impiegati specialisti convenzionati e specialisti dipendenti delle U.O. ospedaliere.

Per quanto riguarda le branche offerte, si può generalmente affermare che sono ben distribuite sull'intero territorio, con ovvia concentrazione presso gli ospedali di Jesi. Ad esempio la radiologia convenzionale è presente anche a Cingoli, Filottrano, Montecarotto e Cupramontana mentre a Cingoli e Filottrano è operativo anche il servizio d'ecografia.

Le prenotazioni effettuate dal CUP aziendale nel 1° semestre 2002 ammontano a circa 70.000.

Relativamente ai tempi d'attesa, il monitoraggio continuo delle liste evidenzia che, rispetto all'obiettivo aziendale fissato in 30 gg per tutte le branche eccetto la RMN (60gg) e la 1° vis. Fisiatrica (45gg), nel 2002 permangono critiche le seguenti situazioni: Oculistica, Dermatologia, Ortopedia, Radiologia.

Le attese più elevate riguardano la radiologia e l'oculistica.

Linee di sviluppo:

- analisi dei processi di produzione delle U.O. che erogano prestazioni con tempi superiori agli obiettivi aziendali
- controllo della domanda; coinvolgimento di tutti i prescrittori sulla valutazione dell'appropriatezza clinica della prescrizione, ulteriore sviluppo di profili di cura e di protocolli clinico-diagnostici come quelli citati sopra. La loro elaborazione comune (Ospedale-MMG) può essere un utile strumento in questa direzione.

Nota: per il DSM e per il Ser.T sono stati istituiti specifici gruppi di lavoro integrati i cui risultati faranno parte integrante del Programma delle Attività Territoriali

Budget 2003 - Distretti

Costi Diretti:	importi ?/1000
Costi Diretti Fissi	
Stipendi, oneri, comp.acc. Personale	4.886
Altri costi del personale	66
- di cui personale esterno con contratto di diritto privato	54
- di cui aggiornamento professionale	12
Convenz. per ass. sanitaria di base	10.473
Godimento beni di terzi	73
Convenz. per ass. specialistica interna	768
totale costi diretti fissi	16.267
Costi Diretti Variabili	
Prodotti farmaceutici	237
Mat. per profilassi igienico-sanitaria	274
Mat. diagnostici e prodotti chimici	141
Presidi chirurgici e mat. Sanitario	442
<i>subtotale consumo di beni sanitari</i>	1.094
Consumi di beni non sanitari	78
Convenz. per ass. farmaceutica	21.192
Convenz. per ass. riabilitativa integr.	2.240
Prestazioni da aziende S.S.R. (Mobilità)	23.928
Prestazioni da aziende extraR. (Mobilità)	3.802
Manutenzioni e riparazioni	308
Prestazioni da altre strutt.sanitarie accr.	11.440
totale costi diretti variabili	64.083
Totale Costi Diretti	80.350
Costi Indiretti:	
Ammortamenti immob. Immateriali	5
Ammortamenti immob. Materiali	221
Acquisti di servizi appaltati	155
Utenze	78
Rimborso assegni e contributi	261
Totale Costi Indiretti	719
Totale Costi	81.070
Ribaltamenti:	
Ribaltamento Costi Comuni	5.708
Totale Costi	86.778