

Piano Sanitario 1998-2000 (Estratto)

Nota al PSN 1998-2000

Un forte impulso allo sviluppo dell'assistenza domiciliare in Italia deriva dalle indicazioni del **Piano Sanitario Nazionale 1998-2000**, approvato con DPR 23 luglio 1998, che indica la priorità dello sviluppo della home care e ne indica gli aspetti essenziali (valutazione multidimensionale, integrazione fra diversi professionisti sanitari e tra questi e l'area sociale, definizione di un piano personalizzato di assistenza...). Inoltre esplicita: *“Curare a casa significa un cambiamento di prospettiva sostanziale: si tratta di passare dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici alle strutture e professioni che assumono come centro di gravità la persona con i suoi bisogni”*.

Specifica anche la necessità del *miglioramento dell'assistenza erogata alle persone che affrontano la fase terminale della vita*, privilegiando in particolare azioni volte al *potenziamento degli interventi di terapia palliativa e antalgica*.

L'INTEGRAZIONE TRA ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE

L'integrazione delle diverse politiche per la salute:

- nasce da uno stretto rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione;
- privilegia la continuità assistenziale tra ospedale e territorio;
- valorizza i diversi centri di responsabilità;
- qualifica i rapporti tra soggetti pubblici e privati;
- promuove la solidarietà e valorizza gli investimenti di salute nella comunità locali.

L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

L'integrazione delle responsabilità e delle risorse rappresenta una condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi. Essa incide sulla continuità assistenziale, investe i rapporti tra ospedale e territorio, tra cure residenziali e domiciliari, tra medicina generale e specialistica.

A questo scopo, anche in relazione ai nuovi e diversi compiti dei Comuni derivanti dalle modifiche istituzionali in itinere del d. lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, va attuata la programmazione degli interventi socio-sanitari a livello distrettuale con intese programmatiche tra le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie e le rappresentanze dei Comuni associati, secondo le normative regionali derivanti dall'applicazione dell'art. 3 del d. lgs. 31 marzo 1998, n. 112.

Nei Piani Regionali, l'integrazione deve costituire una priorità strategica, a cui destinare congrue risorse adottando anche il metodo dei Progetti Obiettivo. Sono da considerarsi prioritarie nell'integrazione socio-sanitaria le attività afferenti all'area materno-infantile; handicap; anziani, con particolare riferimento ai soggetti non autosufficienti; salute mentale; tossicodipendenza; condizioni che richiedono una assistenza prolungata e continuativa, con particolare riferimento alle patologie oncologiche e alle infezioni da HIV.

In particolare, l'integrazione socio-sanitaria va attuata e verificata a tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale.

L'integrazione *istituzionale* nasce dalla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (aziende sanitarie, amministrazioni comunali, ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni e gli accordi di programma (stipulati da circa la metà delle aziende sanitarie, per tre quarti nell'area dell'assistenza agli anziani).

Il distretto è la struttura operativa che meglio consente di governare i processi integrati fra istituzioni, gestendo unitariamente diverse fonti di risorse (del Ssn, dei comuni, della solidarietà locale).

LA PROGRAMMAZIONE
ZONALE DEGLI INTERVENTI

L'INTEGRAZIONE
ISTITUZIONALE

Il controllo direzionale dovrà consentire il monitoraggio dei processi assistenziali integrati, correlando le risorse impiegate ai risultati ottenuti.

A questo scopo le Regioni, nei rispettivi Piani, preferibilmente socio-sanitari, provvedono a definire i criteri di finanziamento e gli indirizzi organizzativi, mettendo in grado le aziende Usl di programmare l'entità delle risorse da assegnare ai distretti.

L'integrazione *gestionale* si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni.

L'INTEGRAZIONE
GESTIONALE

Sul piano gestionale vanno incrementati gli approcci multidimensionali e le modalità operative basate sulla metodologia di lavoro per progetti.

Le unità multiprofessionali devono tenere conto della ripartizione delle risorse a carico del bilancio sanitario e sociale, sulla base di quanto definito dalle Regioni, utilizzando gli strumenti di contabilità analitica e dei corrispondenti centri di responsabilità.

39

Le azioni di verifica e di valutazione sono ad essi direttamente correlati e devono essere ricavabili dal sistema informativo del distretto. Vanno a questo scopo previste procedure idonee a facilitare la valutazione dei servizi da parte degli utenti.

L'integrazione *professionale* è strettamente correlata all'adozione di profili aziendali e Linee guida finalizzate a orientare il lavoro interprofessionale nella produzione dei servizi sanitari: domiciliari, intermedi e residenziali.

L'INTEGRAZIONE
PROFESSIONALE

Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono: la costituzione di unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione, la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie d'intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Curare a casa richiede un cambiamento di prospettiva sostanziale: dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici, alle strutture e alle professioni che assumono come centro di gravità la persona con i suoi bisogni.

CURARE A CASA

Questo può avvenire con diverse modalità operative di intervento a casa da parte dei servizi distrettuali.

Le cure domiciliari, e in particolare l'assistenza domiciliare integrata, rappresentano una base privilegiata di azione per garantire flessibilità ed efficacia agli interventi.

L'assistenza domiciliare diventa integrata (Adi) quando professionalità diverse, sanitarie e sociali, collaborano per realizzare progetti unitari, cioè mirati sulla diversa natura dei bisogni.

La programmazione dell'Adi deve prevedere la complementarietà tra i diversi moduli assistenziali, la valorizzazione del nursing, la collaborazione delle famiglie, tenendo conto che una stretta collaborazione tra ospedale e distretto può favorire la permanenza a casa anche di persone non autosufficienti.

PROGETTI ASSISTENZIALI

Condizioni necessarie dell'Adi sono: la pianificazione organica delle unità di offerta nel distretto, la valutazione multidimensionale, la globalità e intensività dei piani di cura, la continuità terapeutica degli interventi, la collaborazione tra operatori sanitari e sociali, la valutazione dei costi delle decisioni, la collaborazione della famiglia, la valutazione evolutiva degli esiti.

Il buon funzionamento del sistema informativo di distretto e l'analisi sistematica dei costi correlati al livello di intensità e complessità assistenziale dei diversi centri di erogazione sono base necessaria per i nuclei di valutazione nell'attività di verifica e valutazione dei risultati conseguiti.

40

IL DISTRETTO

Il distretto rappresenta un centro di servizi e prestazioni dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale.

GLOBALITÀ E INTEGRAZIONE

Il distretto è struttura operativa dell'Azienda Usl; la sua autonomia gestionale è realizzata nell'ambito dei programmi approvati dall'Azienda, tenendo conto dei piani di zona dei servizi, definiti di comune intesa con le amministrazioni comunali.

Le dimensioni del distretto vengono definite nell'ambito degli indirizzi organizzativi dell'art. 2 del d.lgs n. 502/92 e successive modificazioni, tenendo conto delle caratteristiche del territorio e degli insediamenti umani e produttivi.

Il numero di processi assistenziali e la relativa composizione delle prestazioni definiscono il suo profilo organizzativo. A parità di risorse e di produzione, i profili organizzativi dei distretti possono diversificarsi in ragione delle strategie aziendali.

Il distretto è la sede nella quale sono attivabili tutti i percorsi di accesso del cittadino ai servizi sanitari garantiti con metodi e tempi certi, attraverso sistemi intelligenti, attivati in rete con tutti i soggetti erogatori di servizi e prestazioni. La ricerca della prestazione, da quella ambulatoriale al ricovero ospedaliero, dovrà essere garantita dai servizi di distretto a tutti i cittadini residenti.

Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta sono riferimenti immediati e diretti per le persone e le famiglie. Essi nel rapporto con gli assistiti valorizzano le funzioni educative e di promozione della salute a diretto contatto con l'utenza. Valutano inoltre i bisogni delle persone al fine di orientare e regolare l'accesso al Servizio sanitario nazionale.

Nell'ambito del processo di allocazione delle risorse disponibili all'interno dell'Azienda Usl, in funzione del volume programmato di attività del distretto, allo stesso viene assegnato un determinato volume di risorse.

Per ottimizzare in modo funzionale i processi di distretto, le Regioni, nei rispettivi piani, specificano le prestazioni di assistenza domiciliare, intermedia e residenziale, evidenziando le diverse fonti di finanziamento.

Le risorse professionali, economiche e di altra natura presenti nel distretto sono dirette dal responsabile del distretto. Il medico di medicina generale svolge un ruolo centrale nell'operatività di distretto, insieme con gli altri profili professionali sanitari e sociali presenti al suo interno, ed è integrato nell'organizzazione distrettuale. L'azione del medico di medicina generale è valutata nel più ampio quadro dei fattori produttivi del distretto.

IL RESPONSABILE DEL
DISTRETTO

