

Letta, confermata e sottoscritta

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Giuseppe ALTOMARE)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Serafino CONFORTI)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Ernesto GIGLIOTTI)

La presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio dell'Azienda in data _____ e vi resterà per 15 gg. Consecutivi.

Il Funzionario incaricato
Dr.ssa Maria Varcasia

Si certifica che copia della presente deliberazione è rimasta affissa all'Albo fino al _____

Il Funzionario incaricato
Dr.ssa Maria Varcasia



REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA n. 2
CASTROVILLARI



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

n. 161 del 19 febbraio 2007

OGGETTO: APPROVAZIONE PROGETTO DI MEDICINA DEL TERRITORIO NELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DELLA UNITÀ TERRITORIALI DI ASSISTENZA PRIMARIA E DELLA CASA DELLA SALUTE NELL'AZIENDA SANITARIA DI CASTROVILLARI.

L'anno duemilasette il giorno 19 del mese di febbraio, il Direttore Generale, dott. Ernesto GIGLIOTTI, nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 294 del 28 novembre 2005, ha adottato la seguente deliberazione in merito all'argomento in oggetto.

UFFICIO PROPONENTE

Il Responsabile del procedimento

_____(Firma)

Il Direttore dell'Ufficio

_____(Firma)

IL DIRETTORE GENERALE

Premesso che

- ❖ la continuità dell'assistenza, intesa tra servizi territoriali e tra questi e l'Ospedale, rappresenta, per la Direzione Aziendale, un obiettivo strategico per l'organizzazione dei servizi e per l'operatività dei professionisti interessati per come già espresso in tutti gli atti di programmazione;
- ❖ la Direzione Aziendale è impegnata a stabilire un rapporto di fiducia tra i cittadini e il sistema sanitario, che vede il cittadino portatore di diritti e doveri, protagonista del suo benessere, che ha il diritto alle prestazioni essenziali ma anche il dovere di partecipare attivamente ai programmi di prevenzione primaria e secondaria che il servizio sanitario pubblico ha il compito di attuare compiutamente e diffusamente;
- ❖ la Direzione Aziendale intende adottare un metodo di lavoro che punti sul coinvolgimento di tutti i diversi attori, nessuno escluso, a cominciare da enti locali, sindacati e organizzazioni civiche e di volontariato;

Considerato che

- ❖ le malattie croniche rappresentano il problema più rilevante che la sanità italiana dovrà affrontare nei prossimi decenni;
- ❖ il cambiamento, in corso da decenni, è dovuto ad un insieme di fattori quali la riduzione delle patologie acute, la sopravvivenza dei pazienti con malattie croniche, la maggiore durata della vita media, l'elevata percentuale di popolazione anziana che caratterizza il nostro Paese;
- ❖ la gestione di un paziente cronico pone problemi complessi di appropriatezza ed efficacia in moltissime realtà;
- ❖ il trattamento dei pazienti con malattie croniche si basa su molteplici fattori non solo di carattere clinico, ma prevalentemente sociale, infermieristico, educativo e partecipativo, che coinvolgono il paziente, i familiari e la comunità nel suo insieme;
- ❖ il percorso terapeutico non avviene in ospedale, ma prevalentemente nell'ambito della sanità "territoriale", vale a dire a domicilio e nelle strutture distrettuali;
- ❖ l'ospedale rappresenta un momento del percorso assistenziale, il più breve e il meno frequente possibile, con una elevata concentrazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche;
- ❖ l'obiettivo che il sistema sanitario si pone, per motivi di appropriatezza e di qualità della vita, è di limitare l'intervento ospedaliero a fasi di acuzie e di necessaria stabilizzazione del paziente laddove uno degli end point propri di ogni ricerca sull'assistenza del malato cronico è quella di ridurre le durate di degenza e le de-ospedalizzazioni;
- ❖ tali obiettivi sono perseguibili solo se vi sono strutture territoriali prossime al cittadino, capaci di una risposta qualificata e multiprofessionale, in grado di assicurare una continuità assistenziale, operanti in alternativa all'ospedale in modo coordinato e interconnesso con la struttura e i professionisti del presidio di riferimento;

Evidenziato che le caratteristiche e le risultanze epidemiologiche della popolazione, la morfologia, le strutture ospedaliere e socio-sanitarie e le risorse umane professionali dell'Azienda di Castrovillari rappresentano uno scenario ideale per attuare una reale e puntuale sperimentazione di integrazione socio sanitaria;

Preso atto che

- ❖ che la Conferenza Stato Regioni del 5 ottobre 2006 (G.U. n. 256 del 3 novembre 2006) ha convenuto:
 - al punto 4.6, "al fine di promuovere adeguati processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera, con Intesa Stato-Regioni, da stipularsi, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge n. 131 del 5 giugno 2003, entro il 31 dicembre 2006, vengono definiti indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione

ospedaliera, finalizzata anche al recupero di maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse nelle regioni con rilevanti difficoltà finanziarie, ad integrazione e supporto dei singoli piani di rientro"..... "Sarà anche necessario procedere ad un'analisi delle modalità organizzative, anche innovative, interne ai presidi finalizzate alla maggiore integrazione delle attività ed al raggiungimento di maggiori livelli di efficienza";

- al punto 4.2, "per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino/paziente, che rende effettivo il diritto alla salute, oltre a generalizzare le già consolidate forme aggregative presenti sul territorio con le UTAP, si conviene di promuovere ulteriori forme e modalità erogative dell'insieme delle cure primarie" ..
- ❖ nell'enunciare le Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini il Ministro della Salute On. Livia Turco ha dichiarato di perseguire un "grande obiettivo" di legislatura: quello di porre in essere l'effettiva integrazione socio-sanitaria in un quadro di sviluppo delle cure primarie a livello nazionale. Solo così si potrà, infatti, realizzare quella continuità assistenziale, dall'ospedale al proprio domicilio, che rende effettivo il diritto alla salute del cittadino. In questo contesto si inserisce il sostegno convinto alle politiche del Ministro della Solidarietà Sociale affinché il Fondo Nazionale delle politiche sociali sia dotato di risorse adeguate e perché siano definiti i Livelli Essenziali di Assistenza delle prestazioni sociali. L'evoluzione del distretto, la figura rinnovata del medico di famiglia e di quello ambulatoriale, il ruolo forte delle professioni sanitarie e sociali può portare alla definizione di un nuovo progetto di medicina del territorio attraverso la promozione della **Casa della salute**. Questa potrebbe diventare la struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale con l'ospedale e le attività di prevenzione;

Ritenuto opportuno richiamare le caratteristiche delle due forme di integrazione socio sanitaria, previste dalle norme e dai documenti sopra riportati, per dare corpo e sostanza al progetto aziendale;

Assunto che la Casa della Salute

- ❖ secondo il ministro Turco "vuole essere un insieme di attività organizzate in aree precise di intervento profondamente integrate tra loro in cui si realizza la presa in carico del cittadino per tutte le attività socio sanitarie che lo riguardano. In questa struttura devono poter essere effettuati tutti gli accertamenti diagnostico-strumentali di base, 7 giorni su 7 e per almeno 12 ore al giorno. Qui deve trovare implementazione la gestione informatizzata di tutti i dati sanitari e devono essere attivate le procedure di teleconsulto e di telemedicina che consentano una diagnosi specialistica di più alto livello";
- ❖ costituisce la maniera di rinvenire la memoria storica, di essere attaccati alla realtà e al tempo stesso di rivolgere lo sguardo al futuro, di portare adeguato rinnovamento, di dare vita a modelli e metodi nuovi, è, cioè, l'astratto ed il tangibile nello stesso tempo, ciò che si prospetta come ideale e ciò che si realizza ogni giorno, simboleggia, nella realtà aziendale e territoriale di Castrovillari, la testa di ariete tramite la quale si entra nel sistema attuale e lo si modifica;
- ❖ è una entità concreta, è un edificio nel quale operano in tanti, soggetti del servizio sanitario e sociale, dove i cittadini si interpongono e capiscono, dove vi sono i cittadini che si trovano nella condizione di chiedere aiuto per un disagio sanitario, sociale, lavorativo, ambientale;
- ❖ è un contesto di prevenzione che si riconosce dall'indagine sulla condizione di salute territoriale, dei danni e dei rischi presenti che devono essere eliminati o almeno si deve tendere ad eliminarli e, infatti, sono presenti gli operatori della prevenzione nelle loro diverse espressioni: prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, medicina veterinaria, igiene ambientale;
- ❖ è il luogo della partecipazione in cui i cittadini organizzati discutono con gli operatori dell'attività - sociale e sanitario - che si deve fare per mantenere e migliorare la condizione di salute della popolazione, verificano, al tempo stesso, il funzionamento delle

strutture e dei servizi e possono fare proposte di fronte alla rilevazione di nuove domande, o di comprensione di pratiche inutili e dannose;

- ❖ è il luogo ove Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e infermieri di famiglia permangono a tempo pieno, pur considerando che non possono esserci "tutti" a causa di condizioni particolari di territorio e di distanze ma sono, peraltro, tutti collegati;
- ❖ è in relazione con la realizzazione delle cure primarie che significano cure domiciliari, non solo quelle che normalmente e istituzionalmente svolgono i medici di medicina generale, ma anche quelle che tendono il più possibile a mantenere al suo domicilio la persona cronica non autosufficiente, che richiede l'intervento dello specialista e di cure che possono essere configurate come cure ospedaliere (nella misura in cui sono possibili)
- ❖ è un luogo in relazione con l'ospedale, il quale interviene, tramite i suoi specialisti, a domicilio, ma nel quale i medici di medicina generale si rapportano con i curanti quando questi ricoverano un loro paziente; il rapporto con l'ospedale significa il superamento, ovvero l'impossibilità di dimettere i pazienti cronici in modo selvaggio, senza avere stabilito il percorso personale (la presa in carico);
- ❖ è un luogo in relazione con i servizi di Salute Mentale, con il Consultorio, con il SERT, con tutti questi servizi e strutture che sono essenziali per la cura e la riabilitazione, li deve comprendere e, quindi, in funzione del paziente, diventa il punto di sintesi degli operatori e dei servizi;

Assunto che la UTAP, Unità territoriale di assistenza primaria,

- ❖ è una struttura in cui ogni paziente avrà la possibilità d'incontrare il proprio medico curante inserito in una équipe costituita da infermieri, specialisti e medici di continuità assistenziale che sarà a disposizione durante l'intero arco della giornata e capace di offrire una rete di servizi che integri le prestazioni sanitarie, erogate sinora in ambiti di cura diversi, tenga conto della continuità delle cure per periodi di lunga durata e che, anche grazie alla tecnologia, potrà rendere più efficace ogni tipo d'intervento;
- ❖ è una struttura in cui la équipe, attraverso la connessione a Internet, potrà condividere le informazioni sui pazienti, disporre degli strumenti per intervenire nelle emergenze e, inoltre, assicurare al paziente la possibilità di richiedere e ottenere la miglior assistenza possibile grazie ad una cartella clinica informatizzata in cui registrare la storia del paziente, accessibile sia durante le visite a domicilio del medico di continuità assistenziale e sia durante le visite da un medico lontano dalla residenza, grazie a questo strumento, potrà coordinare il proprio intervento con quello del medico curante.
- ❖ avrà anche la funzione di assorbire il carico di prestazioni che gravano sugli ospedali poiché, oltre a seguire percorsi diagnostici e terapeutici, l'équipe potrà erogare anche quelle prestazioni affidate di norma agli specialisti ed alle strutture ospedaliere che diventeranno un punto d'arrivo specializzato per necessità diverse dal prelievo o dall'esame diagnostico, evitando il sovraffollamento delle sale d'attesa.

Evidenziato che la Direzione Aziendale si è posta i seguenti obiettivi:

- ❖ riaffidare alla Medicina di Assistenza Primaria la funzione di Salute Pubblica, intesa quale risposta unitaria e globale ai bisogni di Salute di una Comunità;
- ❖ guidare la "restituzione delle competenze" alla Comunità in termini di Governo e Gestione della Salute, anche attraverso la promozione dell'integrazione organizzativa e professionale con tutti gli altri soggetti della rete assistenziale, compresi i Comuni;
- ❖ dare senso e dignità alle strutture costruite con fondi pubblici, mai o male utilizzate, distribuite sul territorio dell'Azienda;

Atteso che la Direzione Aziendale ha disegnato un modello sperimentale delle strutture che si configura in modo innovativo rispetto al panorama nazionale, proponendo una alta integrazione organizzativa e operativa con il Distretto che si farà garante della "efficacia della rete" mettendo a disposizione la sede e che di seguito si richiama nelle linee generali:

- ❖ le forme di aggregazione di operatori socio sanitari attivi in un'unica sede possono sostanziare il concetto di continuità espresso in premessa e che se correttamente organizzate possono rappresentare il riferimento unico di un territorio;
- ❖ parallelamente alla sede centrale (polifunzionale) vengono, al fine di facilitarne l'accesso agli utenti che presentano difficoltà di spostamento verso la sede centrale, mantenuti aperti gli ambulatori periferici dei singoli Medici di Assistenza Primaria siti in comuni o frazioni di comuni;
- ❖ l'attivazione di alcune risposte specialistiche di primo livello tramite le professionalità possedute dai Medici di Assistenza Primaria (es. cardiologia e allergologia), prevedendo il coinvolgimento/integrazione con le U.O. ospedaliere;
- ❖ per garantire un corretto utilizzo del "tempo" del medico e del paziente, una qualità nella prestazione all'utente e la possibilità di integrare adeguatamente orari della sede centrale con le sedi periferiche, tutti i medici opereranno collegati in rete informatica (messa a disposizione dall'Azienda), gli utenti potranno utilizzare un call center professionalizzato che pianifica gli accessi, saranno introdotti standard di tempo per visita, per attesa e per accessibilità in giornata degli utenti secondo i seguenti step:
 - l'elaborazione e l'attivazione dell'integrazione informativa/informatica tra Azienda e Medici per l'utilizzo della rete aziendale (tutti i medici operanti nell'Azienda saranno collegati alla rete aziendale e ne conddivideranno le potenzialità e la sicurezza) con relativo "protocollo operativo" tendendo a dotare i medici (su auspicabile loro scelta) di unico software, garantendo in questo modo una maggiore integrazione informativa tra i Medici coinvolti ed una univoca interoperabilità con l'Azienda;
 - la formulazione di un accordo sulla gestione della "Privacy", peraltro innovativo e di interesse regionale, finalizzato alla raccolta del consenso al trattamento dei dati e alla loro trasmissione (Medici verso Azienda Sanitaria) secondo una impostazione di "contitolarità nel trattamento";
 - la attivazione di un servizio di call center finalizzato alla prenotazione degli accessi agli ambulatori dei Medici di Assistenza Primaria e per le visite a domicilio che assicura comunque la immediata contattabilità telefonica del Medico in caso di urgenza: all'utente che ha bisogno si presentano, infatti, tramite il call center, tre alternative il proprio medico in orario di ambulatorio nella giornata, il primo ambulatorio libero di un medico dell'organizzazione territoriale nel proprio comune o nel comune vicino, la struttura (Casa della Salute o UTAP) come punto centrale;
 - l'elaborazione della Carta dei Servizi con la fissazione anche di standard qualitativi (es. tempo medio di attesa in ambulatori, contattabilità del medico, ecc.) ed una guida all'uso "corretto" del call center;
- ❖ definizione, direttamente con le singole componenti, di un accordo di budget tra Medici di Assistenza Primaria, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale, Specialisti ed operatori delle équipes distrettuali e comunali supportato dalla stipula di un "contratto" pluriennale tra le parti (Azienda Sanitaria e Medicina Convenzionata) attraverso il quale si definiscano obiettivi, risorse, standard organizzativi, risultati attesi, modalità di verifica che, comunque, tenda all'autosostenibilità economica delle strutture che dovranno "dimostrare" di essere in grado di autofinanziarsi con processi documentati di razionalizzazione/economicità nell'uso dei fattori, garantendo tuttavia il raggiungimento di obiettivi di salute stante il vincolo delle risorse previste per la gestione
- ❖ le strutture dovranno, inoltre, operare con la costante condivisione del proprio operato da parte della Comunità (consenso dei Sindaci) e il gradimento dell'utenza e la valutazione di ciò sarà realizzata (con periodicità) tramite la rilevazione di opportuni indicatori di performance concernenti:

- le chiamate al call center, gli accessi prenotati, le visite domiciliari prenotate, i passaggi di chiamata con gli specialisti, le ricette programmate, i contatti telefonici prenotati;
- il numero ore lavorate dai medici;
- la definizione ed il monitoraggio degli standard qualitativi di accesso all'ambulatorio;
- la spesa farmaceutica nel periodo di prima sperimentazione;
- il tasso di ricoverabilità – confronto ante ed in itinere della sperimentazione;
- le visite specialistiche effettuate;
- gli accessi al pronto soccorso – confronto ante ed in itinere della sperimentazione;
- il numero di proteste e reclami pervenuti.

Assunto che la Direzione Aziendale per la messa a punto del programma esecutivo ritiene opportuno attivare un gruppo di lavoro "misto" (Azienda, Medici di Assistenza Primaria Enti Locali e sindacati) che dovrà gestire incontri con cadenza settimanale per massimo tre mesi;

Atteso che

- ❖ l'implementazione di siffatto modello trova nell'Azienda un contesto favorevole, frutto della sua "breve storia" di buone pratiche e di buoni risultati, conseguiti anche con lo strategico rapporto con i rappresentanti della Medicina delle Cure Primarie, ed avendo a disposizione una competente e valida struttura distrettuale;
- ❖ le strutture di cui si è detto (Casa della Salute – UTAP) sono lo stimolo per la riorganizzazione di una serie di servizi che caratterizzano le attività territoriali, possono realizzarsi, in maggior parte, nell'ambito di edifici preesistenti rappresentando una risposta alle esigenze di riconversione, in conseguenza della riorganizzazione e razionalizzazione della rete ospedaliera regionale, di strutture ospedaliere poco utilizzate, e attivando strutture realizzate con i fondi ex art. 20 e già finalizzate per altri scopi;

Tenuto conto che

- ❖ il Presidio Ospedaliero di Lungro, interessato da una seria azione di riconversione, nell'Atto Aziendale ha avuto una prima definizione quale centro di riferimento per il Progetto Aziendale Geriatria, Presidio per la lunga degenza e la riabilitazione per pazienti affetti da patologia cronica e dismetabolica, Ospedale di Comunità e Hospice, da molti anni programmato e mai attivato e dispone di spazi consistenti;
- ❖ nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Castrovillari e in particolare nei Comuni di Fagnano Castello, Saracena e Terranova da Sibari, sono presenti strutture, realizzate con i fondi dell'ex art. 20, non ancora utilizzate per gli scopi a cui erano state finalizzate, che hanno i requisiti logistici e strutturali per essere inserite in un più complessivo progetto di integrazione socio-sanitaria;
- ❖ la Direzione Generale, dopo una approfondita consultazione degli organi tecnici e di rappresentanza politica e sindacale, ha proceduto, in applicazione dell'art. 13 dell'AIR e in riferimento all'art. 64 dell'ACNL, con delibera n. 1221 del 30 novembre 2006, al riequilibrio del rapporto ottimale di continuità assistenziale, prevedendo, altresì, l'attivazione di una sede UTAP presso il Comune di San Sosti;

Richiamata la necessità che quanto esposto non debba costituire un modello calato dall'alto ma la proposta di un'idea, di un progetto utile a rendere concreta la ricerca e la discussione in un ambito così importante per la sanità quale le cure primarie;

Vista la legge n. 296 del 27 dicembre 2006 "Legge Finanziaria" che all'art 1 comma 805 ha previsto l'istituzione di un Fondo di cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale: *"l'importo annuale del fondo è di 65,5 milioni di euro e ben 60,5 milioni sono utilizzati dalle Regioni per progetti su: a) sperimentazione case della salute; b) salute della donna, delle gestanti, della partoriente e del neonato; c) malattie rare; d) rete unità spinali unipolari. Tali risorse si attivano con Decreto del Ministero della Salute*

su proposta del comitato di verifica dei LEA alle Regioni che hanno presentato progetti attuativi del PSN sulle materie di cui ai punti precedenti";

DATO ATTO che la presente proposta è stata sottoposta all'esame del Comitato Consultivo Aziendale per la Medicina Generale;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Amministrativo che sottoscrivono il presente atto,

DELIBERA

- di assumere le premesse, che qui si intendono richiamate e confermate, quale progetto di medicina del territorio per l'integrazione socio-sanitaria nell'Azienda Sanitaria di Castrovillari attraverso la promozione della Casa della Salute, delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria e di altre forme sperimentali, concordate con gli Enti locali e le rappresentanze politiche e sindacali, che preveda il coinvolgimento delle seguenti strutture aziendali:
 - il Presidio Ospedaliero di Lungro, attraverso una riconversione parziale in Casa della Salute per come disegnata nei documenti di riferimento nazionale;
 - il presidio in uso nel comune di San Sosti, come da delibera 1221 del 30 novembre 2006, per la realizzazione di una Unità Territoriale di Assistenza Primaria;
 - l'immobile ex art. 20 insistente nel comune di Fagnano Castello da utilizzare quale sperimentazione di una forma di Casa della Salute secondo le esigenze dell'Azienda;
 - gli immobili ex art. 20 siti nei Comuni di Terranova da Sibari e di Saracena quali centri di assistenza territoriale da definire in contrattazione con gli Enti locali e le rappresentanze politiche e sindacali;
- di organizzare una pubblica assemblea per presentare il progetto;
- di trasmettere il presente atto agli organismi di rappresentanza dei medici delle cure primarie, ai Sindaci del territorio, interessati alla programmazione, ai rappresentanti delle forze politiche, sindacali e sociali;
- di attivare, chiedendo ai rispettivi organismi di riferimento la individuazione dei rappresentanti, un gruppo di lavoro "misto" (Azienda, Medici di Assistenza Primaria, Enti Locali e sindacati) che dovrà gestire incontri con cadenza settimanale per massimo tre mesi e definire il progetto nella forma esecutiva;
- di trasmettere il presente atto al Dipartimento Regionale Tutela della Salute al fine di inserire il progetto nell'ambito della programmazione regionale propedeutica all'attivazione dei finanziamenti ex art 1 comma 805 della legge n. 296 del 27 dicembre 2006 "Legge Finanziaria".