

13. SSD Integrazione ospedale territorio e socio sanitaria

(all'interno del Dipartimento di Staff)

INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

L'Azienda cura il coordinamento con i Piani di Zona, al fine di definire ed attuare gli interventi sociali ad alto impatto sanitario. E' preposto al governo di tale funzione, il Responsabile del Coordinamento socio-sanitario che, supporta la direzione strategica e le strutture dipartimentali e distrettuali nella *governance* dei processi gestionali e professionali che sottendono all'intero sistema socio-sanitario. L'Azienda istituisce, per tale funzione, una Unità Operativa dedicata, che fa capo ad una idonea struttura organizzativa. La struttura è dedicata ad aggregare tutte le attività assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal D.Lgs. 229/99, dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01 e successive indicazioni regionali e ministeriali, e costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno-infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezione da HIV, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali). Ciò anche al fine di promuovere una integrazione operativa tra le stesse, una cultura e una metodologia del lavoro integrata. La struttura, inoltre, partecipa alla formulazione dei protocolli relativi alla "dimissione socio-sanitaria protetta", e partecipa a quelli relativi all'ADI; svolge funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione (con particolare riferimento ai LEA socio-sanitari) e delle attività socio-sanitarie in favore di immigrati e senza fissa dimora; concorre, in collaborazione con le altre articolazioni aziendali e comunali, all'analisi dei bisogni socio-sanitari (e, in particolare, delle disuguaglianze sociali, al monitoraggio delle attività socio-sanitarie, alla costruzione di un Sistema Informativo Socio-Sanitario Integrato); cura, in particolare, il livello organizzativo, gestionale ed operativo della integrazione socio-sanitaria territoriale, avvalendosi degli Uffici Socio-Sanitari distrettuali; partecipa all'Ufficio di Coordinamento di Piano, dove rappresenta il livello centrale aziendale, unitamente con i Direttori dei Distretti per la parte afferente al proprio distretto.

E' indispensabile infine un collegamento organico (informatico, cartaceo, operativo) tra gli ospedali e la rete dei servizi socio-sanitari territoriali, anche attraverso l'istituzione dei protocolli della "dimissione socio-sanitaria protetta": allorché un paziente con determinate caratteristiche viene dimesso dall'ospedale vi è la necessità della preparazione tra ospedale e rete dei servizi territoriali di un piano personalizzato congiunto di assistenza territoriale.

Particolare attenzione verrà data alle modalità di accesso alle prestazioni e alla integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie. Le modalità di accesso ai servizi sanitari si traducono, di norma, in una richiesta di prestazioni disponibili, spesso non supportata da una consapevole domanda o analisi del bisogno non espresso. Governare l'accesso e la valutazione del bisogno è premessa necessaria per organizzare la "presa in carico" e l'erogazione; pertanto, adottare percorsi unitari ed integrati di accesso è una scelta vincente, non solo per garantire l'appropriatezza, ma anche per l'equità di distribuzione delle risposte e dell'accesso sull'intero territorio aziendale. L'obiettivo è, quindi, quello di promuovere un modello di integrazione dell'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari allo scopo di orientare i soggetti, promuovere la capacità di scelta informata, realizzare percorsi territoriali che permettano di promuovere percorsi assistenziali di tipo domiciliare rispetto alla residenzialità, innalzare la capacità di risposta del sistema sanitario regionale ai bisogni del cittadino, implementare progetti personalizzati per la presa in carico integrata sistema sanitario - sistema sociale, favorire la continuità dei percorsi assistenziali. La PUA rappresenta quindi l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda per tutti i servizi sociali e sanitari a gestione integrata e compartecipata. In un'ottica di integrazione gestionale la PUA deve essere normata a livello locale anche mediante un Regolamento congiunto Ambito Territoriale/ASL che deve prevedere un meccanismo di coordinamento automaticamente attivato ogni qual volta una richiesta di accesso da parte del cittadino interessato o una segnalazione da parte di terzi pervenga ad uno dei punti della rete formale.

INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO

La politica sanitaria attuata negli ultimi anni in molte regioni italiane ed in ragione delle determinazioni di cui al DM. 70/2015, hanno portato ad una progressiva riduzione della percentuale di ospedalizzazione, con conseguente diminuzione dei posti letto negli ospedali per acuti. Questa diminuzione non ha lo scopo di

ridurre le risposte necessarie in termini di cura agli utenti ma di determinare uno spostamento di risorse verso i servizi territoriali. Tale politica ha determinato frequenti criticità organizzative ed ha evidenziato la necessità di potenziare la continuità assistenziale per le patologie croniche, per rispondere adeguatamente ai bisogni degli utenti e delle loro famiglie e ridurre il fenomeno dei ricoveri ripetuti. Tra le iniziative riguardanti questo importante tema sanitario vanno definiti i progetti sulla continuità assistenziale nell'ambito specifico delle dimissioni programmate e protette. L'obiettivo è quello di garantire la "presa in carico" del cittadino dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure dalle varie fonti erogatrici di prestazioni. La ipotesi riguarda uno specifico obiettivo regionale in ambito sanitario, relativo all'esplicitazione di percorsi di riorganizzazione, attraverso di tutte le sue forme gestionali pubbliche (Aziende Sanitarie e privato accreditato), la cui realizzazione preveda azioni per il completo perseguimento dei LEA in modo omogeneo sul territorio regionale, l'utilizzo appropriato ed efficiente dei servizi e delle prestazioni ed il riordino delle risposte assistenziali, ricercando il giusto equilibrio tra la domanda di assistenza, i bisogni sanitari e l'offerta, in un contesto di difficoltà della sostenibilità economica del sistema stesso. Si rende di conseguenza necessario per le Aziende Sanitarie implementare modelli di fattiva e concreta integrazione territorio-ospedale, volti al miglioramento dell'appropriatezza sia clinica, basata su percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), sia di livello, ottenibile attraverso interventi sui modelli organizzativi e di presa in carico dei pazienti, nel senso che alcune attività devono essere erogate in regime ambulatoriale, altre in ambiente ospedaliero, secondo priorità temporali e modalità di accesso differenziate a seconda della gravità del singolo caso. Questo processo prevede il coinvolgimento tanto del Medico di Medicina Generale, che delle strutture di eventuale ricovero (ordinario o in Day-Hospital), passando per quelle specialistiche ambulatoriali, quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio, fino a coinvolgere le strutture dell'assistenza socio-sanitaria distrettuale, assieme a quelle dell'assistenza domiciliare e della riabilitazione. Per il funzionamento di questo percorso, si ritiene di affiancare, quale guida per un'applicazione omogenea delle indicazioni, anche di natura sperimentale, alle funzioni dirigenziali ospedaliere e distrettuali, una struttura centrale che proponga in Azienda un percorso formativo di approfondimento e confronto sul modello organizzativo di continuità assistenziale che sia per i partecipanti un "laboratorio di lavoro", con la finalità di migliorare i meccanismi di comunicazione interna, migliorare la capacità di presa in carico dell'utente, costruire un linguaggio comune tra i diversi operatori e predisporre strumenti e metodologie per accrescere il livello di efficacia e di efficienza ed appropriatezza delle attività svolte. La struttura si propone di individuare i nodi di maggiore complessità e criticità dei percorsi assistenziali in termini di continuità assistenziale e di capacità di presa in carico dei pazienti. Sulla base delle criticità emerse, faranno seguito, sulla base anche delle indicazioni regionali, progetti finalizzati e proposte di percorsi comuni di miglioramento gestionale che assicurino alla persona la continuità del **percorso assistenziale (Ospedale-Territorio)** attraverso l'integrazione di competenze professionali, organizzative e relazionali. Relativamente al rapporto distretto/dipartimenti ospedalieri, l'area dell'integrazione è rappresentata prioritariamente dalla definizione dei percorsi assistenziali ai fini della continuità assistenziale e della presa in carico. In questo ambito vanno definiti, tra l'altro, i protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e diagnostiche ospedaliere e le modalità di valutazione multidimensionale in sede di pre e post dimissione. Sono promosse iniziative di integrazione attraverso la partecipazione di medici ospedalieri ad attività distrettuali e viceversa, mediante il sistema di reti professionali e i gruppi.

ASSISTENZA PRIMARIA

Attraverso tale linea di attività vengono gestite le attività a livello aziendale relative ai Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale, Medici della Medicina dei Servizi e Specialisti e Professionisti ambulatoriali.

Con riferimento a tali settori la struttura svolge i seguenti compiti specifici:

- supporta la Direzione Generale e le Direzioni distrettuali nelle fasi di negoziazione a livello aziendale e distrettuale, della definizione degli ambiti territoriali, delle sedi di continuità assistenziale, dell'individuazione e dell'assegnazione degli incarichi provvisori per l'ACN della Medicina Generale e dell'organizzazione dell'attività per i professionisti ambulatoriali convenzionati;
- cura le convocazioni e segue lo svolgimento dei Comitati di Azienda e del Comitato Zonale in relazione alle specifiche Convenzioni e partecipa alla stesura dei testi degli accordi;
- gestione amministrativa contabile del budget assegnato alla struttura;

- predisporre e collabora alla negoziazione per la definizione degli obiettivi specifici previsti dalle relative Convenzioni Nazionali Uniche ed alla definizione del budget;
- garantisce gli adempimenti relativi all'amministrazione dei professionisti convenzionati in relazione al trattamento giuridico – amministrativo, economico, assicurativo, fiscale e previdenziale, anche sulla base delle rendicontazioni mensili pervenute dai singoli Distretti in ordine all'attività svolta;
- gestisce, per ciascuna posizione in convenzione, i fascicoli personali ed ogni atto inerente i professionisti;
- garantisce gli adempimenti relativi alla gestione delle anagrafi previste a livello regionale ed alle registrazioni ed abilitazioni dei professionisti alle attività previste dalle disposizioni regionali e nazionali (Sistema TS, ecc.);
- gestisce l'applicazione degli Accordi Collettivi Nazionali per ciascuna categoria di professionisti;
- cura la gestione del sistema rilevazione presenze – assenze per le figure professionali per le quali è previsto;
- gestisce i provvedimenti disciplinari, nella fase istruttoria e, se previsto, decisionale, sulla base di quanto stabilito dagli ACN di riferimento;
- gestisce le rilevazioni relative alle zone carenti relative a MMG e PLS e, se la funzione è delegata dalla Regione, procede all'individuazione dei professionisti ed all'assegnazione degli incarichi;
- gestisce le rilevazioni SISAC in ordine alla rappresentatività sindacale ed agli aspetti economici;
- supporta i professionisti interessati nelle fasi di adempimento degli obblighi previsti da normative nazionali o regionali quali la ricetta de-materializzata;
- svolge, in maniera programmata, attività di controllo in ordine al rispetto degli adempimenti previsti dalle rispettive convenzioni, predisponendo gli atti necessari alla verifica da parte del Comitato di Azienda (medici inferiori alle 500 scelte, attività di informatizzazione, decadenza dal rapporto convenzionale, ecc.) con relativa applicazione economica.

14. SSD Tutela della salute in carcere

(all'interno del Dipartimento di Staff)

Il D.P.C.M. 1 aprile 2008 (“Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”), all'art. 2, comma 2, stabilisce che, nell'assolvimento delle funzioni sanitarie in ambito penitenziario, le Regioni disciplinano gli interventi da attuare attraverso le Aziende sanitarie locali in conformità ai principi definiti dalle linee guida di cui all'allegato A, integrate da quanto analogamente stabilito per gli OPG nell'Allegato C. I predetti allegati richiamano il D.Lgs. n. 230/1999, che prevede che gli obiettivi per la tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minori del circuito penale siano precisati nei programmi delle Regioni e delle Aziende sanitarie e realizzati mediante l'individuazione di specifici modelli organizzativi, differenziati in rapporto alla tipologia e alla consistenza degli Istituti di pena ubicati in ciascuna Regione.

Il riordino della Sanità Penitenziaria, per la molteplicità e complessità dei modelli organizzativi e dei livelli istituzionali che sottende, non può però essere pensato come un evento che si realizzi in maniera istantanea. Pertanto il modello organizzativo delineato all'interno dell'Azienda, tiene conto della normativa nazionale e costituisce l'obiettivo di un processo da realizzarsi in funzione delle risorse umane e strumentali e soprattutto tenuto conto di quanto stabilisce espressamente l'art. 6 del citato DPCM del 1° aprile 2008.

L'ASReM garantisce un omogeneo percorso per la presa in carico della Salute in Carcere., in costante raccordo con gli organismi regionali, tra cui, prioritariamente, l'Osservatorio Regionale sulla Sanità Penitenziaria. Il modello organizzativo da implementare progressivamente in rapporto anche alla tipologia e alla consistenza degli Istituti di pena ubicati in ciascuna ASL è costituito dalle seguenti articolazioni: - Attività di Tutela della Salute in Carcere che assicurerà per l'assolvimento delle seguenti funzioni:

- coordinamento di tutte le funzioni sanitarie rivolte alle persone in regime di esecuzione penale e ai minori destinatari di provvedimenti penali;
- unificazione della gestione dei rapporti di lavoro oggetto di trasferimento dalla Amministrazione di Giustizia al Sistema Sanitario della Regione Molise;
- raccordo con l'Osservatorio Regionale sulla Sanità Penitenziaria, gli uffici della Regione Molise e con

- quelli del PRAP e dell’Autorità Giudiziaria;
- coordinamento funzionale di tutte i Servizi, le UU.OO e le articolazioni distrettuali e/o dipartimentali del Servizio Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere;
- coordinamento organizzativo, clinico e medico legale;
- coordinamento di tutte le altre funzioni sanitarie anche non previste esplicitamente dall’allegato A e C del DPCM 1 aprile 2008 e oggetto di transito dall’Amministrazione Penitenziaria al SSN, di competenza del personale dei servizi distrettuali e/o dipartimentali;
- coordinamento, programmazione e integrazione intraziendale, attraverso il **“Gruppo di Lavoro Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere”**, al quale partecipano almeno i Direttori dei Distretti Sanitari sede di Istituto Penitenziario, il direttore del DSM, il Responsabile della SC delle Dipendenze, i Responsabili dei Servizi di Medicina Penitenziaria ed i Referenti del personale infermieristico e tecnico; per specifiche problematiche connesse alla medicina penitenziaria.

Il Gruppo di lavoro dovrà essere integrato, a richiesta del Responsabile della SS “Tutela della Salute in Carcere”, con la partecipazione dei Referenti dei Servizi Centrali e delle Aree Tematiche Aziendali competenti per altre attività. Al Gruppo di Lavoro spetterà prioritariamente il compito di predisporre il “Piano dell’offerta dei servizi sanitari penitenziari”. Il Responsabile della “SS. Tutela della Salute in Carcere” costituirà uno specifico sottogruppo di lavoro di riferimento per le attività correlate alle azioni previste dall’allegato C al D.P.C.M. 01.04.2008 “Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia” (sottogruppo “Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale”), e potrà, per motivate esigenze locali, attivare altri specifici sottogruppi di lavoro.

Il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, nell’ambito della propria autonomia organizzativa, e in coerenza con i principi di equità e qualità, formalizzerà il collocamento organizzativo di specifica attività da destinare alla cura della salute mentale delle persone ristrette e alla presa in carico degli utenti di competenza internati in OPG, ai fini del ritorno nelle carceri dei ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti in corso di detenzione e dell’espletamento negli Istituti ordinari delle osservazioni per l’accertamento delle infermità psichiche di cui all’art. 112 del DPR 230/2000. Dovranno essere assicurate modalità operative e organizzazione dei percorsi terapeutici idonei, assicurando nello stesso tempo una progettualità specifica, al fine di realizzare un Servizio che si inserisca pienamente nel processo di superamento dell’OPG sancito dal predetto D.P.C.M. e nella costituenda specifica rete di servizi regionali per le misure di sicurezza alternative all’OPG. Il direttore del DSM garantirà il necessario raccordo con il Responsabile della SC delle Dipendenze e con il Direttore del Distretto Sanitario di riferimento, per quanto attiene alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione nelle specifiche aree, da garantire attraverso le UU.OO. competenti per il territorio distrettuale.

SERVIZIO DI MEDICINA PENITENZIARIA DISTRETTUALE (S.M.P.D.)

Il Servizio di Medicina Penitenziaria Distrettuale (S.M.P.D.) è collocato strutturalmente nell’ambito dei Distretti Sanitari sede di Istituti Penitenziari, all’interno della UOC Medicina di base e specialistica.

Il direttore di Distretto Sanitario sede d’Istituto Penitenziario, nell’ambito della propria autonomia organizzativa, e in coerenza con i principi di equità e qualità formalizzerà il collocamento organizzativo del SMPD nelle UU.OO. distrettuali esistenti.

Il servizio garantirà le prestazioni sanitarie di base (medicina primaria; continuità assistenziale; prestazioni specialistiche), anche attraverso il necessario raccordo con la SC Dipendenze ed il Dipartimento di Salute Mentale per quanto attiene alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione nelle specifiche aree.

Dovrà essere, peraltro, individuata, in ogni Istituto Penitenziario, la funzione di Medico Referente d’Istituto (M.R.I.). Al predetto M.R.I., strutturalmente e gerarchicamente subordinato al Responsabile del Servizio di Medicina Penitenziaria Distrettuale, saranno da quest’ultimo assegnati specifici compiti e/o funzioni.

Il M.R.I., se già medico incaricato dell’istituto, conserverà tutte le attribuzioni previste dalla disciplina della Legge 740/70.

Il Direttore del DSoSa si collega per gli indirizzi tecnici alla Funzione Centrale Tutela della Salute in Carcere.

15. SS Screening Oncologici

(all’interno della SC Epidemiologia – Dipartimento strutturale di Prevenzione)

La Struttura, organizzata secondo i criteri definiti dagli indirizzi regionali, gestisce tutte le attività relative agli screening oncologici nel territorio dell'ASReM. Gli screening oncologici rappresentano uno degli interventi strategici più importanti della prevenzione dei tumori (prevenzione secondaria) in quanto in grado di incidere direttamente sulla mortalità attraverso la rilevazione della patologia in una fase pre-clinica in cui è possibile intervenire aumentando significativamente la sopravvivenza del paziente.

I suoi compiti sono:

- gestire le risorse assegnate coerentemente agli indirizzi della Direzione Generale e alla pianificazione delle attività previste a livello inter-aziendale;
- garantire la continuità dei programmi di screening in atto, anche con il concorso dei MMG e Fondazioni/Associazioni/Onlus già operanti nel territorio;
- sviluppare l'efficienza organizzativa dei programmi di screening, anche attraverso la formazione del personale e l'adesione a processi di verifica della qualità.