

UN PATTO CON UNA COMUNITÀ COMPETENTE E PARTECIPE

(dal Piano Socio Sanitario Regionale Veneto 2012-2016)

Con questo PSSR si intende valorizzare una visione imperniata sulla coesione sociale e sulla responsabilizzazione diffusa, guidando i percorsi e le risorse spesso informali e spontanee in una logica di sistema. In quest'ottica il sistema di welfare vede una forte presenza delle istituzioni pubbliche, titolari e responsabili delle funzioni socio-sanitarie, garanti della programmazione e dell'attuazione di servizi ed interventi assistenziali, fortemente partecipati da tutti gli attori della società civile (famiglie, organizzazioni sindacali e datoriali, terzo settore). A tale riguardo si evidenzia l'importanza di individuare forme di concertazione sistemiche con le organizzazioni sindacali.

Inoltre il valore sociale e la finalità pubblica della cooperazione sociale sono riconosciuti dalla L. n.381/1991 e dalla L.R. n.23/2006, con riferimento al perseguimento della promozione umana e dell'integrazione sociale dei cittadini nell'interesse generale della comunità.

La tenuta della rete sociale, fatta da relazioni parentali, amicali, solidaristiche e di volontariato, costituisce un elemento di stabilità e di identificazione del tessuto veneto, sostenuto da profondi e radicati valori etico- sociali. Il volontariato rappresenta, infatti, un contributo rilevante in ambiti non sempre efficacemente presidiati dall'intervento pubblico, rispetto al quale può svolgere un ruolo integrativo in un'ottica di sussidiarietà.

Il PSSR intende essere, prima di tutto, un Patto con la Comunità locale, finalizzato a responsabilizzare tutti i soggetti alla garanzia dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e dei LIVEAS (Livelli Essenziali di Assistenza Sociale): l'integrazione istituzionale viene allora ad allargarsi, coinvolgendo anche i soggetti non istituzionali nella creazione di una "partnership di comunità".

Il valore sociale del volontariato come espressione di partecipazione, solidarietà, pluralismo è riconosciuto dalla L. n.266/1991 e dalla L. n.328/2000, ma la molteplicità delle associazioni richiede modalità più strutturate ed incisive di raccordo e consultazione all'interno delle Aziende ULSS anche per poterne valorizzare compiutamente la mission. Per questo è necessario prevedere una funzione di interfaccia specifica in ogni Azienda ULSS, quale punto di riferimento per il volontariato, con lo scopo di:

- promuovere, sviluppare e consolidare i rapporti con le associazioni di volontariato, in particolare in ambito socio-sanitario al fine di diffondere le buone pratiche maturate nel territorio;
- favorire, nel pieno rispetto dell'autonomia delle singole realtà associative, la nascita di iniziative che moltiplichino la reciproca conoscenza, migliorando al tempo stesso i rapporti sul piano della formazione e della operatività;

- sostenere percorsi formativi integrati al fine di supportare un volontariato competente, informato e partecipe;
- rafforzare l'unitarietà degli intenti ed il migliore impiego delle risorse pubbliche e private, sviluppando un approccio di sistema;
- favorire ogni iniziativa utile a creare un più efficace collegamento fra istituzioni pubbliche e volontariato locale;
- implementare l'audit civico attraverso il quale le organizzazioni sociali, gli organismi di tutela del malato e le associazioni di volontariato possano valutare la qualità delle prestazioni e dei servizi delle Aziende ULSS e cogliere le istanze prioritarie da portare ai livelli decisionali perché si trasformino in attività concordate da monitorare e valutare nella più assoluta trasparenza.

È necessario, dunque, che il sistema affini la capacità di coinvolgimento e di mobilitazione delle risorse in un'ottica più ampia, integrando le politiche socio-sanitarie con quelle formative, abitative, occupazionali, riconoscendo nel Piano di Zona lo strumento attuativo.

I criteri cardine sui quali si fonda l'organizzazione distrettuale sono:

- l'adozione di un metodo di lavoro interdisciplinare, attraverso l'integrazione delle competenze dei vari servizi aziendali, garantendo la compresenza dei tre ambiti di intervento ossia sanitario, socio-sanitario integrato e socio-assistenziale;
- la flessibilità nell'organizzazione delle risposte assistenziali, attuando il concetto di "filiera della presa in carico di area" nella prospettiva dello sviluppo e dell'integrazione del Progetto Assistenziale Individualizzato a garanzia dei soggetti fragili;
- la valorizzazione dei medici e pediatri di famiglia quali riferimenti diretti per le persone e le famiglie, con funzioni specifiche di educazione e promozione della salute, di valutazione dei bisogni, di regolamentazione e razionalizzazione dell'accesso al SSN, ed a cui spetta un ruolo centrale nel governo dei bisogni assistenziali;
- la piena integrazione dello specialista ambulatoriale interno nei PDTA con il coinvolgimento attivo nell'erogazione appropriata dei livelli di assistenza;
- la valorizzazione del ruolo dell'infermiere nel prendersi cura autonomamente del processo di nursing nell'ambito del percorso assistenziale, svolgendo la funzione di case manager operativo della persona in stato di cronicità, attivando le risorse assistenziali e comunque coordinandosi con il medico/pediatra di famiglia;
- la valorizzazione del ruolo di tutte le professioni sanitarie e sociali che operano nella rete dei servizi territoriali, quali portatrici di competenze specifiche per una corretta lettura e presa in carico del bisogno nella sua globalità;
- l'orientamento delle attività per programmi definiti d'intesa con i Comuni e formalizzati nel Piano di Zona, che rappresenta lo strumento di collaborazione e di programmazione tra Aziende ULSS, Amministrazioni Locali, strutture residenziali (Centri di Servizio), associazioni di volontariato, cooperazione sociale ed altri attori locali.

Al fine di garantire una maggiore uniformità di offerta ai cittadini, il Distretto dovrà tendere ad una unicità almeno sotto il profilo direzionale, ferma restando la territorializzazione della erogazione dei servizi, con un ambito che dovrà progressivamente adeguarsi alla soglia (minima) dei 100.000 residenti, fatte salve eventuali specificità (es. aree montane ed aree a bassa densità abitativa) da definirsi di comune accordo tra Regione, Azienda ULSS e sentita la Conferenza dei Sindaci

Più in generale, il Territorio, a prescindere dal numero di Distretti, sarà diretto da un Direttore, unico responsabile organizzativo-gestionale dell'intera funzione territoriale (direttore di struttura tecnofunzionale), il quale è nominato dal Direttore Generale con proprio provvedimento e risponde alla Direzione Generale delle risorse e degli obiettivi assegnati. In particolare, tale dirigente:, che:

- è responsabile della funzione direzionale di tutte le attività dei Distretti;
- persegue gli obiettivi di risultato e di attività, negoziati in sede di contrattazione di budget con la Direzione aziendale, mediante le risorse assegnate ai Distretti. Con la medesima metodologia definisce attività, risultati e risorse con le strutture afferenti ai Distretti.

Il Direttore della funzione territoriale nominato, ai sensi delle procedure previste dall'art. 15 septies D.Lgs. n.229/1999, rimane in carica almeno tre anni o fino al massimo di cinque anni e, comunque, non oltre i tre mesi dalla cessazione del mandato del Direttore Generale.

Ciascuna Azienda ULSS dovrà prevedere, nella propria organizzazione territoriale, un'unità operativa complessa di Cure primarie, un'unità operativa Infanzia, adolescenza e famiglia, un'unità operativa per le Cure palliative e un'unità operativa per le Attività specialistiche. Le quattro Unità si collocheranno in maniera trasversale rispetto a tutti i Distretti in cui è articolato il territorio aziendale.

Cure domiciliari

Posto come obiettivo qualitativamente e culturalmente rilevante il favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita ed al proprio domicilio, diventa strategico lo sviluppo delle cure domiciliari su tutto il territorio regionale.

Nello specifico vengono individuate le seguenti linee di indirizzo:

- lo sviluppo pianificato, in maniera omogenea a livello regionale, di modelli che garantiscano la continuità dell'assistenza, consolidando le esperienze di ammissione e dimissione protetta con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia, valorizzando il ruolo del case manager (infermieristico) quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo, responsabilizzando e coinvolgendo la famiglia nell'attuazione del Progetto Assistenziale Individualizzato;
- l'implementazione graduale di modelli organizzativi in grado di garantire assistenza nelle 24 ore, 7 giorni su 7, anche attraverso lo sviluppo di centrali operative come punti di ricezione delle istanze, di coordinamento delle risposte e di gestione dei trasferimenti dall'Ospedale alle strutture territoriali (ammissioni e dimissioni protette), nonché di costante collegamento

con i medici di famiglia. In particolare l'assistenza infermieristica distrettuale, rientrando tra i livelli di assistenza che devono essere salvaguardati, dovrà essere assicurata nelle 24 ore, 7 giorni su 7;

- lo sviluppo della radiologia a domicilio al fine di supportare l'attività di diagnosi e cura, nell'ottica di facilitare l'accesso ai servizi e di migliorare l'umanizzazione dell'assistenza;
- il raggiungimento di una piena integrazione informativa e gestionale tra assistenza domiciliare sanitaria e sociale, coinvolgendo i Comuni nell'ottica di realizzare gradualmente un Servizio Assistenziale Domiciliare 7 giorni su 7 e, quindi, offrire una continuità di risposta;
- il consolidamento della informatizzazione delle cure domiciliari allo scopo di rispondere alle esigenze assistenziali, gestionali e valutative.

Assistenza specialistica e Cure Palliative

L'assistenza specialistica è una funzione fondamentale governata dal Distretto e collocata in maniera trasversale ai diversi nodi della rete assistenziale territoriale, supporto necessario all'attività del medico di famiglia, erogata anche nell'ambito degli interventi domiciliari, presso strutture di ricovero intermedie e presso le strutture residenziali (Centri di Servizio).

Lo specialista territoriale, sia esso specialista ambulatoriale interno che dipendente, potrà operare presso le sedi distrettuali (anche organizzato in Centri Polispecialistici Territoriali) ed anche presso le sedi delle Medicine di Gruppo Integrate, venendo in ogni caso a configurarsi come consulente di riferimento per la medicina di famiglia, sviluppando una relazione di confronto e di discussione sui casi finalizzata ad accrescere le competenze reciproche, impiegando anche il teleconsulto ed operando sulla base di PDTA condivisi. Il sistema informativo dovrà supportare le diverse fasi del PDTA del singolo paziente e costituire garanzia di integrazione informativa e di continuità dell'assistenza. Per questo sarà necessario sviluppare il collegamento in rete con i medici di famiglia e con le strutture distrettuali ed ospedaliere.

L'attività specialistica erogata dal privato accreditato dovrà integrarsi pienamente nel sistema e svolgere una funzione di supporto, rispondendo a criteri di qualità e di appropriatezza, nell'ottica di implementare una rete complessiva di accesso alle prestazioni.

Particolarmente importante è l'ambito delle cure palliative per dell'assistenza ai malati terminali in fase terminale di ogni malattia cronica ed evolutiva, che devono essere presi in carico dal Distretto, assicurando al medico di famiglia il supporto delle professionalità necessarie. : oltre al valore etico. L'attenzione alla prossimità al decesso, oltre ad assumere un valore etico, rappresenta un fattore decisivo nel determinare l'ospedalizzazione e gli stessi costi dell'assistenza sanitaria e richiede un'organizzazione per processi in grado di superare la frammentazione degli interventi e l'agire settoriale.

In questo ambito le cure palliative sono erogate prevalentemente a domicilio, ma anche in posti letto dedicati presso gli Hospice, gli Ospedali di Comunità o nelle strutture residenziali (Centri di Servizio), nell'intento di rendere più appropriato il ricorso al ricovero ospedaliero e garantire al malato ed alla sua famiglia le professionalità e gli ambiti assistenziali coerenti con i bisogni.

Al fine di garantire l'uniformità assistenziale su tutto il territorio regionale, si conferma e si rafforza l'applicazione della L.R. n.7/2009, prevedendo una evoluzione dei suoi contenuti anche alla luce dei recenti indirizzi ministeriali.

Le Aziende ULSS garantiscono l'offerta di cure palliative a livello di singolo Distretto o a livello sovradistrettuale attraverso l'unità operativa Cure Palliative, un Nucleo specificatamente dedicato: esso rappresenta una organizzazione funzionale, 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.

Viene, altresì, istituito un Nucleo, specificatamente dedicato, che rappresenta una organizzazione funzionale composta da: Il nucleo di cure palliative è composto dal medico di famiglia, medici di famiglia, da medici palliativisti, da infermieri, da psicologi, medici di continuità assistenziale, ai quali si aggiungono altri operatori socio-sanitari altre professionalità socio-sanitarie (es. assistenti sociali, terapisti della riabilitazione, dietisti, ecc.), venendo a rappresentare un riferimento specifico per le équipe delle cure domiciliari. A supporto dell'azione clinica ed assistenziale vanno favorite, ove possibile, convenzioni con le associazioni di volontariato che in questo ambito rappresentano un elemento importante per supportare sia la famiglia che l'attività del nucleo stesso.

Questo modello organizzativo deve essere in grado di:

- offrire al malato la possibilità di compiere il proprio percorso assistenziale nelle migliori condizioni organizzative possibili, riducendo tempi e spostamenti, individuando i professionisti di riferimento per la specifica fase di presa in carico;
- applicare e monitorare i PDTA specifici e condivisi anche con l'Ospedale, al fine di trasferire appropriatamente i malati candidati a cure palliative dalle competenze ospedaliere a quelle distrettuali;
- assicurare la continuità dell'assistenza h24, 7gg./7, avvalendosi anche di una centrale operativa in grado di accogliere le richieste dei pazienti e dei professionisti in qualsiasi momento del percorso assistenziale e di coordinare le risposte;
- garantire le cure palliative anche ai malati non oncologici.

È obiettivo regionale consolidare questo modello, proseguendo secondo una strategia integrata che individui un programma complessivo di assistenza sanitaria e socio-sanitaria in grado di coniugare appropriatezza degli interventi, sostenibilità economica ed attenzione alla centralità della persona. In quest'ottica assume rilevanza l'attivazione di un Ambulatorio di cure palliative che, oltre a garantire terapie mediche di supporto e per il trattamento dei sintomi ed attività di terapia antalgica di primo e secondo livello, garantisca:

- attività di informazione, formazione e sostegno psicologico e sociale per le famiglie nel percorso di cure successive, che preludono alla fine della vita;
- incontri periodici di audit con gli infermieri e gli assistenti sociali delle cure domiciliari per ripercorrere le tappe dell'assistenza, le problematiche personali e di equipe, ed avviare processi di miglioramento;
- consulenze ai medici di famiglia per cure e/o procedure diagnostiche e/o invasive da effettuarsi in ambulatorio e per terapia del dolore.

La programmazione regionale individua, inoltre, come obiettivi strategici:

- il riconoscimento delle cure palliative come tematica di rilevanza nei percorsi di formazione;
- la ricerca di una coerenza prescrittiva verso i farmaci a maggiore efficacia antalgica con particolare attenzione all'uso di oppioidi in ogni condizione di dolore;
- il consolidamento, in ciascuna realtà aziendale, della compilazione del registro di malati in cure palliative, quale strumento di supporto organizzativo per la presa in carico tempestiva ed appropriata, nonché quale strumento di monitoraggio per la valutazione di indicatori di processo e di esito;
- l'implementazione, in ciascuna realtà aziendale, di diari informatizzati per l'aggiornamento del percorso assistenziale da parte di tutti gli operatori coinvolti, garantendo adeguamenti tempestivi in funzione di bisogni emergenti del malato e supportando la programmazione ed il coordinamento delle attività con gli altri nodi della rete;
- il consolidamento del coordinamento regionale per la valutazione sistematica di obiettivi di appropriatezza clinica ed organizzativa nell'ambito delle cure palliative.

Per approfondire la tematica nei suoi multiformi aspetti si veda :

- **L'umanizzazione dell'assistenza** (dal PSSR Veneto 2012-2016).
- *Qualità e umanizzazione: un binomio inscindibile;*
- *L'alleanza terapeutica col malato*
- **Azioni per la valorizzazione delle risorse umane** (dal PSSR Veneto 2012-2016)
- **Un patto per una comunità competente e partecipe** (dal PSSR Veneto 2012-2016)