

**Piano di riorganizzazione del Sistema socio-sanitario dell'Alto Vicentino.
Anni 2009 - 2012**

*Gruppo di Lavoro per il riassetto dell'assistenza territoriale
(Deliberazione del Direttore Generale n.294/2008 del 10/04/2008)
20 ottobre 2008*

INDICE

PREMESSA	2
1. MUTAMENTI DEMOGRAFICI ED EPIDEMIOLOGICI	
1.1 LE SPINTE AL CAMBIAMENTO DEL MODELLO DI CURA	4
2.1 ELEMENTI DI CONTESTO	9
2. PIANO DI SVILUPPO E RIORGANIZZAZIONE DELLE CURE PRIMARIE E RUOLO DELLA MEDICINA CONVENZIONATA	
2.2 OBIETTIVI DELL'AZIENDA	9
2.3 STRUMENTI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI	10
2.3.1 Le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP).....	10
2.3.2 Il modello della Medicina di Gruppo Integrata.....	11
2.3.3 Il modello della Rete diffusa e qualificata	12
2.3.4. Ipotesi per una localizzazione geografica	13
3. PIANO DI RIORGANIZZAZIONE DEI DISTRETTI SOCIO-SANITARI	
3.1 I SERVIZI DISTRETTUALI	15
3.2 ELEMENTI INNOVATIVI	16
4. LA RESIDENZIALITA': QUALI PROSPETTIVE	
4.1 CONTINUITÀ OSPEDALE TERRITORIO	18
4.2 POTENZIAMENTO DEI SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI	18
4.3 INTEGRAZIONE PROFESSIONALE	19
5. RUOLO DELL'OSPEDALE UNICO DI SANTORSO	
5.1 IL SISTEMA DELLE CURE	20
5.2 UN OSPEDALE CENTRATO SUI BISOGNI DEL PAZIENTE, ORGANIZZATO PER LIVELLI DI INTENSITÀ DI CURA ED ASSISTENZA.	20
5.3 L'EVOLUZIONE PROFESSIONALE	22
5.4 IL RUOLO DEI PAZIENTI ALL'INTERNO DEL PROCESSO DI RIORGANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE	22
6. LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLA COMUNITA' DELL'ALTO VICENTINO	
CONCLUSIONI	24
ALLEGATI	25

PREMESSA

La costruzione del nuovo Ospedale di Santorso viene necessariamente a modificare i riferimenti per i cittadini relativamente all'offerta e all'accessibilità dei servizi socio-sanitari nell'Alto Vicentino: ciò può indurre nella Comunità una sensazione di disorientamento e di privazione di servizi assistenziali, venendo meno due poli ospedalieri, attualmente e da lungo tempo luoghi certi di riferimento.

Al contrario, risulta importante cogliere questo cambiamento come una *opportunità* per innovare da un lato l'assistenza ospedaliera stessa e dall'altro l'assistenza primaria del territorio, fornendo nello stesso tempo riferimenti sicuri alla domanda di salute dei cittadini dell'Alto Vicentino.

Tuttavia, se in letteratura e nell'esperienza operativa, il modello strutturale, organizzativo e funzionale, dell'Ospedale risulta ben definito, molto rimane ancora da delineare per quanto riguarda il Territorio. Pur esistendo sui principi, sugli elementi principali, sui livelli e sulle caratteristiche operative del Territorio (Primary Care o Assistenza Primaria) precisi riferimenti teorici (dalla Carta di Alma Ata del 1978 alla Definizione europea di Medicina di famiglia del 2003 del Wonca Europe) e normativi (dalla Legge 833/1978, al DPCM 14/02/2001 sull'integrazione socio sanitaria alla normativa regionale veneta sui Distretti socio sanitari), le realizzazioni pratiche fino ad oggi attuate hanno sofferto di notevole incertezza e variabilità. Sia i Distretti socio sanitari che la Medicina di famiglia non hanno ancora trovato, nelle maggior parte delle realizzazioni pratiche, un modello organizzativo omogeneo e pienamente rispondente ai bisogni di salute dei cittadini.

A fronte di queste considerazioni, appare evidente la necessità di sviluppare un atto di programmazione strategica, che individui chiaramente i punti di riferimento per la Comunità dell'Alto Vicentino in tema di servizi socio-sanitari.

Per questo motivo, con Deliberazione del Direttore Generale, è stato dapprima formalmente costituito un Gruppo di lavoro finalizzato alla definizione del nuovo modello organizzativo ospedaliero e, successivamente, un Gruppo di Lavoro per il riassetto dell'assistenza territoriale, individuando il Distretto come elemento organizzativo fondamentale dell'Assistenza Primaria, nell'ottica di implementare modelli funzionali di integrazione tra Ospedale e Territorio.

Più in dettaglio la ricerca di questi modelli si è sviluppata lungo le seguenti direttrici:

- adottare l'orientamento della Organizzazione Mondiale della Sanità verso il "care near to patient", ispirandosi ai principi della accessibilità e della equità, della validità scientifica e della accettabilità sociale dei metodi, del coinvolgimento della comunità nella progettazione, realizzazione e valutazione degli interventi, della sostenibilità economica degli stessi puntando sulla loro appropriatezza clinica e organizzativa;
- assumere una visione in cui il Territorio sia caposaldo della cronicità e l'Ospedale sia caposaldo dell'acuzie, collocando la gestione delle patologie croniche a livello territoriale;
- riconoscere, nel perseguire lo sviluppo complessivo del Territorio, le caratteristiche operative dell'Assistenza Primaria, la quale è
 - o generalista, includendo la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, la diagnosi, la cura e la riabilitazione;
 - o olistica, essendo interessata alla persona nel contesto della famiglia e della comunità;
 - o continua, poiché usa tipicamente strategie di presa in carico e di controllo nel tempo dei problemi di salute.

La pratica attuazione dei principi suesposti sarà sostenuta dall'ulteriore sviluppo del Sistema Informativo Aziendale il quale, sulla base di una informatizzazione sempre più spinta a tutti i livelli, già oggi permette un'ampia condivisione del fascicolo socio sanitario di ogni assistito tra l'Ospedale, i Servizi del Distretto e del Comune di residenza ed il Medico di famiglia.

La Direzione Aziendale intende, dunque, promuovere un riassetto del Sistema dei servizi socio-sanitari in grado di rispondere appropriatamente ed efficacemente ai bisogni dei cittadini, salvaguardando le esigenze di sostenibilità del sistema stesso.

In prima istanza diventa quindi strategico porre l'enfasi sulla *capacità di "leggere" i bisogni assistenziali e di "governare" la domanda di prestazioni* espressa verso tutti i poli della rete socio-sanitaria, dando spazio ad un'idea di programmazione aderente alla realtà locale e fondata sull'analisi e sulla valutazione di obiettivi di salute per il singolo e per la Comunità. È questa una programmazione che trova definizione nel Territorio e che non si limita alla mera razionalizzazione della spesa secondo parametri centralistici privi di una corrispondenza locale.

Il presente documento, frutto delle elaborazioni dei due Gruppi di lavoro succitati, si articola in cinque sezioni:

- la prima traccia il quadro dei mutamenti demografici ed epidemiologici che stanno alla base delle strategie di sviluppo dei servizi ospedalieri e territoriali;
- la seconda illustra un piano di sviluppo e di organizzazione delle Cure Primarie (Medicina di famiglia), valorizzando in particolare il ruolo della Medicina Convenzionata in tutte le sue componenti (Medicina Generale, Pediatria di Libera Scelta, Continuità Assistenziale o Guardia Medica, Specialistica Ambulatoriale Interna);
- la terza propone un piano di riorganizzazione dei Distretti socio sanitari e delle sedi distrettuali attorno ai due attuali poli ospedalieri (di Thiene e di Schio), dettagliando i servizi che saranno ivi collocati;
- la quarta descrive una prospettiva di riorganizzazione della assistenza semiresidenziale e residenziale;
- la quinta illustra il ruolo dell'Ospedale unico di Santorso;
- la sesta delinea le linee guida per lo sviluppo della promozione della salute della comunità dell'Alto Vicentino nei prossimi anni.

1. I mutamenti demografici ed epidemiologici

1.1 LE SPINTE AL CAMBIAMENTO DEL MODELLO DI CURA

I **trend demografici** evidenziano notoriamente un rilevante aumento assoluto e relativo del segmento della popolazione anziana ultra75enne (è atteso un aumento del 25% nei prossimi 10 anni): si tratta di andamenti che avranno un grosso impatto soprattutto sulla prevalenza di molte patologie cronico degenerative; ad esempio, le demenze sono destinate ad un sostanziale raddoppio degli attuali malati entro il 2050.

Sulla base delle proiezioni della Direzione Servizi Sociali del Veneto (Tab. 1), nell'ULSS 4, entro il termine di scadenza dell'attuale mandato Direzionale, ci saranno circa 1.600 ultra75enni in più; al loro interno ci saranno circa 300 dementi in più, che costituiranno la grossa parte degli anziani non autosufficienti, i quali saranno circa 400 più di oggi.

Tabella 1: Impatto dell'invecchiamento (2012 vs. 2008) nelle ULSS Vicentine

65 - 74 anni				
Azienda ULSS	Assistiti	"Non auto" 10%	Dementi 5%	>=1 Ricovero 20%
3 Bassano	+671	+67	+33	+134
4 Thiene	+739	+73	+36	+147
5 Ovest Vicentino	+683	+68	+34	+136
6 Vicenza	+1240	+124	+62	+248
Provincia di Vicenza	+3333	+333	+166	+666
>= 75 anni				
Azienda ULSS	Assistiti	"Non auto" 25%	Dementi 20%	>=1 Ricovero 40%
3 Bassano	+1509	+377	+301	+603
4 Thiene	+1611	+402	+322	+644
5 Ovest Vicentino	+1396	+349	+279	+558
6 Vicenza	+2649	+662	+529	+1059
Provincia di Vicenza	+7165	+1791	+1433	+2866

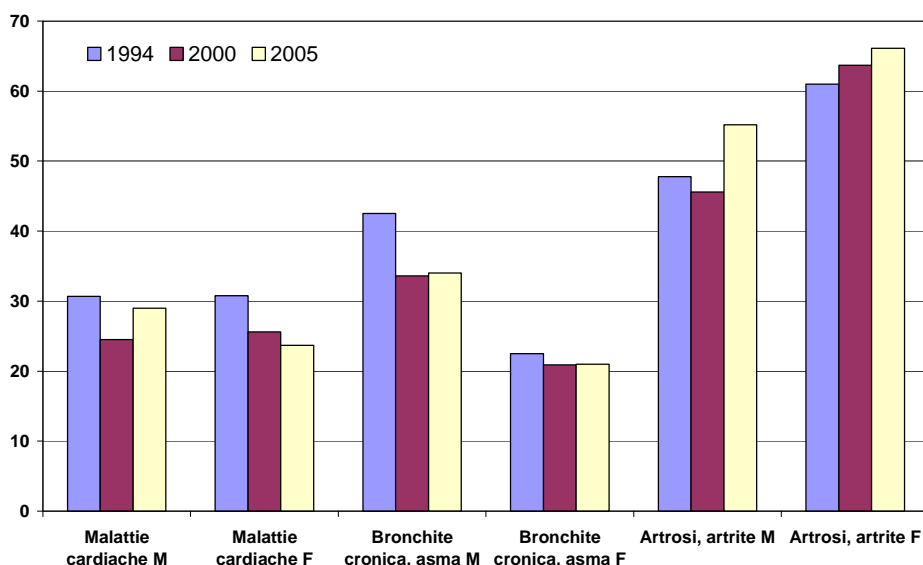
Una delle caratteristiche salienti di questa popolazione sempre più anziana è la **comorbidità**, che può essere descritta in maniera semplice dal numero di patologie diagnosticate in atto. Nel 2005 (Indagine Multiscopo dell'ISTAT, 2007) più del 50% ha più di 3 malattie/condizioni croniche. La cura di questi anziani richiede dunque un approccio più comprensivo di quello canonico per la ricerca medica, che è quello della diagnosi e del trattamento della singola patologia in un paziente autonomo e collaborante.

All'interno di questo gruppo (in realtà molto diversificato) di anziani ultra75enni i trend storici di patologia (Indagine Multiscopo dell'ISTAT: vedi Graf. 1) suggeriscono un parziale regresso di alcune patologie, come la malattie respiratorie, le malattie cardiache, e di alcuni importanti tumori (cancro del polmone) e per converso un incremento ad esempio delle patologie artrosiche. In questo senso i grandi anziani del prossimo futuro saranno molto più numerosi ma saranno in parte (per le migliori opportunità di benessere, salute e assistenza di cui hanno goduto rispetto alle coorti che li hanno preceduti) meno malati dei grandi anziani di ieri e di oggi o, meglio, saranno *selettivamente*

malati, in particolare per quelle patologie croniche degenerative e invalidanti – tipicamente la demenza e l’artrosi - che non trovano una risposta risolutiva nelle cure mediche.

L’emergenza della patologia cronicamente-degenerativa e della comorbidità riorienta, quindi, in modo deciso, l’asse dell’assistenza sanitaria verso il Territorio (Primary Care), sia per quanto riguarda la prevenzione sia per quanto riguarda i percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali rivolti a specifici gruppi di pazienti cronici.

Graf. 1: Trends epidemiologici di alcune malattie croniche nei grandi anziani (Italia, 1994-2005)



L’importanza della **prevenzione e della promozione della salute** è evidenziata dai dati dell’European Health Report del 2005, relativi all’Italia. Il 46 % del carico di patologia cronica è dovuto a 7 fattori prevenibili: tabacco (12,0%), ipertensione (8,9%), sovrappeso (8,4%), alcool (5,9%), ipercolesterolemia (5,7%), inattività fisica (3,1%), basso consumo di frutta e verdura (2,0%). Questi fattori sono affrontabili con successo nell’ambito delle Cure Primarie (vedi ad esempio l’esperienza Euroaction – Primary Care, che l’ULSS 4 ha già avviato nelle due UTAP di Zugliano e di Arsiero), con interventi di educazione e di counselling, e più in generale con le strategie della promozione della salute delle comunità locali (vedi il Progetto “Alta Salute”, condotto dal Dipartimento di Prevenzione dell’ULSS 4 in collaborazione con i Comuni e con tutte le Organizzazioni sociali): sono questi degli interventi che possono costituire un vero e proprio investimento per lo stato di salute della popolazione anziana, secondo il principio del “Life Course Approach” (un investimento sulla salute che si sviluppa durante l’intero corso della vita della persona), che viene posto alla base delle politiche per un invecchiamento “sano” dell’Organizzazione Mondiale della Sanità.

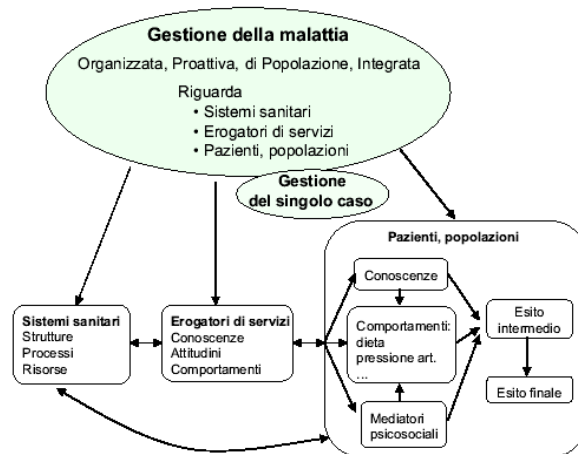
Tab. 2: I 10 più importanti fattori di rischio nel determinare il carico di patologia cronica (% di anni potenziali di vita in buona salute persi)

		Fattore di rischio	% sul totale
ITALY	1	Tabacco	12.0
	2	Iperensione	8.9
	3	Obesità	8.4
	4	Alcool	5.9
	5	Ipercolesterolemia	5.7
	6	Inattività fisica	3.1
	7	Droghe illegali	2.2
	8	Scarsa assunzione di frutta e verdure	2.0
	9	Sesso non sicuro	1.1
	10	Carenza di ferro	0.6

Per quanto concerne l'**assistenza al paziente cronico** alcuni gruppi italiani di Cure Primarie hanno misurato (studio PICENUM), definendone anche degli standard (Health Search, 2007), indicatori di qualità dell'assistenza per specifici gruppi di pazienti anziani con patologia cronica (es. scompenso cardiaco, bronchite cronica, ecc.). Inoltre – fatto ancora più importante – sono stati definiti anche degli standard di qualità, ad esempio per il paziente diabetico non in terapia insulinica, che sono del tutto paragonabili ai livelli di qualità raggiunti nei Centri Anti Diabete Italiani (Health Search 2007, AMD 2007).

In questo modo la Medicina di Famiglia italiana si inserisce nel dibattito sull'attuazione del modello proattivo di assistenza al paziente cronico (Chronic Care Model, Wagner 1998- vedi Fig.1) e sul trasferimento dell'assistenza al paziente cronico dall'ospedale ai team multiprofessionali di Cure Primarie, realizzata con successo nel contratto inglese tra il Servizio Sanitario Nazionale Inglese e la medicina di famiglia, e che ha portato ad un miglioramento rilevante e documentabile sia riguardo ai processi (es. rilevazione dei parametri antropometrici, documentazione degli esami clinici) sia riguardo agli esiti intermedi di cura (es. controllo della glicemia o della pressione arteriosa). La fascia di pazienti che può beneficiare di questi interventi di gestione della cronicità sul territorio è molto elevata: ad esempio i pazienti con diabete mellito sono circa 7.770 nell'ULSS 4, i pazienti con ictus pregresso sono circa 2.200, quelli con pregresso infarto del miocardio sono circa 3.200, quelli con scompenso cardiaco circa 1.700. Oltre che per il grande numero di pazienti a cui sono rivolti, i percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali sono molto importanti anche perché costituiscono una importante opportunità di integrazione tra gli specialisti dell'ospedale per acuti ed i team multidisciplinari del territorio, dove il medico di famiglia è affiancato dall'infermiere, dagli specialisti distrettuali, dagli altri operatori sanitari, dal personale di studio, dai servizi informativi ed amministrativi, in stretta integrazione con i servizi sociali dei Comuni. Un altro gruppo di grande rilevanza clinica, assistenziale e sociale, è quello dei malati di cancro – circa 7.300 persone nell'ULSS 4: queste persone e le loro famiglie esprimono un grande bisogno di continuità dell'assistenza, in modo da non lasciare mai solo il malato e la sua famiglia di fronte alla necessità di fare delle scelte importanti, o decisive, per la propria salute e la propria qualità di vita.

Fig. 1: Modello di gestione del malato cronico (Chronic Care Model, Wagner, 1998)



Un ulteriore scenario da considerare attentamente è quello **dell'assistenza ai pazienti in fine vita**. La prossimità al decesso rappresenta, infatti, un fattore molto più importante dell'età nel determinare l'ospedalizzazione e gli stessi costi complessivi dell'assistenza sanitaria, tanto che si usa dire che nell'ultimo anno della propria vita una persona "spende" per la propria salute – a parità di situazione anagrafica - l'equivalente di quanto ha speso in tutta la sua vita fino a quel momento. Nello studio prospettico Osservare per Conoscere, condotto su circa 12.000 anziani ultra75enni con un follow-up di 4 anni, la prossimità al decesso (cioè il vivere l'ultimo anno della propria vita) è associata – a parità di condizioni anagrafiche, funzionali e cliniche di base – ad un costo per l'assistenza sanitaria 6 volte più elevato. La terminalità – intesa come momento di presa in carico e di accompagnamento, e non in senso negativo come abbandono – rappresenta quindi un'area elettiva di sviluppo dei servizi e dei modelli organizzativi di cura primaria. E' altresì possibile documentare che la presa in carico dei malati neoplastici negli ultimi 3 mesi di vita da parte del Medico di famiglia e del Distretto Socio-Sanitario del Veneto risulta associata ad un fortissimo aumento della percentuale di decesso a domicilio (dal 16% al 60%), ad una riduzione del 25% degli accessi al Pronto Soccorso e ad un raddoppio del consumo di oppioidi per il controllo del dolore. Anche da questo punto di vista risulta dunque confermato che il costo sanitario dell'invecchiamento può essere governato attraverso **l'uso appropriato delle tecnologie esistenti e di quelle innovative** (WHO - Active Ageing: a policy framework, 2002): **i modelli organizzativi sono considerati a pieno titolo "tecnologia sanitaria"**.

Un trend molto rilevante per l'impatto che potrà generare sarà certamente quello microsociale, essendo **la famiglia sempre più destinata ad essere la vera risorsa preziosa ma "limitata"** per l'assistenza al paziente cronico. L'accesso al lavoro delle donne (storicamente e cronicamente deficitario in Italia) comporta una ridefinizione dei ruoli assistenziali all'interno della famiglia e dello stesso sistema di welfare municipale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha da tempo riconosciuto che la percentuale di donne che lavorano – e per converso le **politiche che riconoscono e supportano il ruolo del caregiving** – sono il **fattore principale nel determinare il costo dell'assistenza sanitaria agli anziani** (WHO - Active Ageing: a policy framework, 2002). Tra il 1994 ed il 2007 le famiglie costituite da coppie con figli sono diminuite in Italia di 7 punti percentuali – dal 46% al 39%, mentre parallelamente il caregiver ratio (rapporto tra il numero di anziani ultra80enni e il numero di donne di 50-64 anni, che rappresentano convenzionalmente i familiari direttamente coinvolti nel processo assistenziale) si ridurrà da un valore di 1.9 (quasi due caregiver familiari per ogni anziano ultra80enne) nel 2001 ad un valore di 0.56 (poco più di mezzo caregiver familiare) nel 2051. Inoltre, negli attuali modelli familiari di vita e di lavoro, neanche la coabitazione garantisce di per sé la possibilità di prendersi cura dei soggetti deboli della famiglia, rispondendo in termini di esigenze di tempo, dedizione e prestazioni. Questo si traduce nella necessità di richiedere un sostegno esterno per le funzioni di cura, che attualmente spesso viene fornita dalla cosiddetta figura delle badanti immigrate, le quali rappresentano una risorsa preziosa

per l'economia familiare ed al contempo una fonte di risparmio per il welfare pubblico, richiedendo d'altro canto sempre più politiche mirate di accoglienza (regolazione dei flussi), di integrazione e di formazione professionale.

Di fronte all'anziano fragile diventa pertanto necessario disporre di strategie e strumenti che puntino alla presa in carico da parte delle équipes distrettuali di Cure Primarie (UVMD). Oltre alla necessaria integrazione formativa e operativa, questo approccio consente di tenere aperto un dialogo credibile con la famiglia: i percorsi di accesso ai servizi residenziali, semiresidenziali, domiciliari ed economici e gli strumenti di valutazione sono unificati e gestiti dall'equipe territoriale, escludendo una catena di rimandi ad altri interlocutori.

La rete dei servizi chiamati ad affrontare i problemi di salute della comunità dell'Alto Vicentino è completata dall'Ospedale. I posti letto ospedalieri, attualmente circa 490 distribuiti nei due padiglioni di Thiene e Schio, si ridurranno nel nuovo Ospedale di Santorso a circa 450.

L'attuale "produzione" dell'ospedale dell'ULSS 4, articolato su due padiglioni, è pari (2007) a 18.000 ricoveri ordinari e 5.900 ricoveri diurni, cui si assomma un importantissimo volume di attività diagnostica e specialistica ambulatoriale.

Più precisamente i ricoveri chirurgici – ordinari, cioè con pernottamento per una o più notti, e diurni - sono rispettivamente circa 5.800 e 4.400, mentre i ricoveri medici sono 12.200 e 1.500.

Considerando per semplicità costanti sia le fughe verso altri ospedali da parte degli assistiti dell'ULSS 4, oggi molto limitate, sia la durata della degenza, si può ritenere dunque che la prossima attivazione del nuovo Ospedale di Santorso comporti una contrazione dell'ordine di circa 3.500 ricoveri.

Tale riduzione verrà ottenuta sia attraverso interventi di riorganizzazione ospedaliera (effettuazione di interventi chirurgici di tunnel carpale e piccoli interventi ortopedici, cataratta, stripping venoso, ecc. in regime diurno o ambulatoriale; ampliamento del Day Service ambulatoriale per gli approfondimenti diagnostici) sia attraverso lo sviluppo delle reti dei servizi territoriali, che porteranno ad una riduzione dei ricoveri per diabete, ipertensione, mal di schiena e disturbi specifici del tratto intestinale. Lo sviluppo della rete delle Cure Palliative, attuata sia con interventi ambulatoriali e domiciliari, sia con l'istituzione di posti letto di Ospedale di Comunità, gestiti da medici di famiglia con la consulenza di medici palliativisti, ridurrà fortemente i ricoveri dei pazienti negli ultimi 3 mesi di vita (1.250 circa nel 2007).

Ricorre in questi giorni il trentennale della Dichiarazione di Alma Ata, che segnò nel 1978 un cambiamento epocale nella programmazione dei servizi sanitari. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riattualizzato quella riflessione nel documento **"Cure Primarie: ora più che mai"** ("Primary Health Care – now more than ever", 14/10/2008), che propone alcune riflessioni pertinenti anche per la riprogrammazione del sistema socio-sanitario dell'Alto Vicentino.

In tutti i Paesi sviluppati l'accessibilità alle cure e la lotta alla frammentazione ed all'inefficienza nel settore dell'assistenza sanitaria sono un fattore vitale per **mantenere la fiducia dei cittadini e delle comunità**. L'approccio comprensivo dell'assistenza sanitaria primaria e la equità nell'accesso ai servizi, sono indirizzi fondamentali per migliorare la performance del sistema: quando vengono confrontati Paesi (ed in Italia si può aggiungere anche: Regioni) del medesimo livello di sviluppo economico, quelli in cui l'assistenza sanitaria è organizzata sul **modello della assistenza primaria, integrata con l'ospedale**, risultano produrre **un livello superiore di assistenza, a parità di risorse investite**. Le cure primarie aiutano il sistema delle cure sanitarie a trovare un equilibrio e a rifocalizzarsi sui **bisogni di salute** dei cittadini ed infine mettono **al centro le famiglie e le comunità locali** (che in Veneto e nel Vicentino in particolare hanno una storia secolare nel campo dell'assistenza sanitaria), riconoscendo il valore della tenacia ed dell'ingegno dello spirito umano e lasciando spazio per le soluzioni create dalla comunità, di loro proprietà e da loro sostenute.

2. Piano di sviluppo e riorganizzazione delle Cure Primarie e ruolo della Medicina Convenzionata

2.1 ELEMENTI DI CONTESTO

In questa sezione si intende rappresentare uno strumento di programmazione per lo sviluppo delle Cure Primarie (Medicina di Famiglia) nell'Azienda ULSS n.4, collocandosi all'interno degli indirizzi strategici regionali e declinandone gli obiettivi a livello locale.

Allo scopo è utile sottolineare come questa Azienda ULSS abbia, nel corso degli anni, investito molto sul Territorio e possa oggi contare su alcuni punti di forza:

- un ruolo forte del **Distretto socio-sanitario** ed il riconoscimento della **centralità del "locale"** nell'ambito delle politiche socio-sanitarie;
- una consolidata esperienza di **partnership con la Medicina Convenzionata** ed un significativo livello di integrazione con il Distretto socio-sanitario;
- una elevata **diffusione di forme associative** dei Medici di famiglia sul territorio aziendale (n.9 medicine in associazione, n.5 medicine di rete, n.7 medicine di gruppo, n.2 UTAP);
- una **rete di offerta di servizi residenziali e semiresidenziali** gestiti dal terzo settore, sufficientemente strutturata, ben integrata con il Distretto e qualitativamente soddisfacente;
- la presenza di un **sistema informativo ed informatico** ben strutturato a supporto della valutazione delle performance aziendali e delle decisioni strategiche;
- la costruzione di un efficiente **sistema di relazioni con le Amministrazioni Locali**, presupposto indispensabile per garantire un approccio di presa in carico globale secondo una logica di continuità dell'assistenza a forte integrazione socio-sanitaria, ma anche strategico supporto per una programmazione nel e per il locale.

È proprio in un siffatto contesto aziendale che si stanno sviluppando delle nuove linee di tendenza:

- un approccio al Territorio caratterizzato da una programmazione triennale della domanda e dell'offerta coerente con i bisogni di salute della popolazione, attraverso la formulazione di un ***Piano Attuativo Locale delle Cure Primarie***. Si tratta di uno strumento di governo unitario delle politiche per la salute a livello locale, finalizzato all'individuazione delle strategie aziendali per il conseguimento di obiettivi correlati alla gestione integrata dei pazienti ed alla continuità dell'assistenza, già introdotti con gli Accordi Regionali per la Medicina Convenzionata;
- la progettazione di modelli organizzativi per migliorare e razionalizzare l'accessibilità all'assistenza primaria su tutto il territorio aziendale. Nello specifico si intende garantire l'assistenza attraverso una rete diffusa e qualificata, quale interconnessione di nodi organizzativi innovativi e multiprofessionali, caratterizzati da livelli di complessità differenti (es. sperimentazione di **Medicine di Gruppo Integrate** e di correlate modalità organizzative).

Tutte queste azioni si inseriscono in un quadro di riferimento più ampio, quello regionale, nella prospettiva di svilupparne, sperimentarne e farne evolvere gli orientamenti stessi.

2.2 OBIETTIVI DELL'AZIENDA

Nel prossimo futuro l'assistenza primaria si troverà di fronte ad alcune sfide, ossia dovrà essere in grado di:

- **migliorare l'equità** nell'accesso ai servizi sanitari e nella salute della popolazione;
- **affrontare la cronicità e la comorbidità**;
- **favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita** e al proprio domicilio;

- **mantenere un'elevata qualità delle caratteristiche tipiche dell'assistenza primaria** (es. la relazione interpersonale, l'assistenza basata sulla persona e non sulla malattia, la continuità ed il coordinamento dell'assistenza).

Inoltre, come detto, questa Azienda ULSS è attualmente impegnata nella costruzione del nuovo Ospedale unico, fondato sulla logica dell'efficienza per l'acuzie.

Si configurano, pertanto, obiettivi strategici da perseguire:

- la **continuità dell'assistenza**, anche attraverso l'implementazione di protocolli condivisi che garantiscano l'integrazione tra Ospedale e Territorio;
- la **gestione integrata dei pazienti**, attraverso l'implementazione di percorsi assistenziali e l'integrazione tra sociale e sanitario;
- la **promozione della salute** e l'implementazione di una medicina di iniziativa;
- la **sostenibilità economica**, realizzabile attraverso il governo clinico e della domanda.

La realizzazione di questi obiettivi induce la necessità di sviluppare un **piano di riqualificazione delle forme associative della medicina convenzionata**, che preveda prioritariamente:

- la costituzione di *team multiprofessionali bene integrati*;
- la *specificazione dei problemi* a cui il team deve rispondere, affidando ruoli e funzioni alle diverse figure professionali;
- la *presa in carico dei problemi della cronicità* attraverso metodi di medicina attiva;
- il *trasferimento di competenze a personale infermieristico*;
- la realizzazione della completa informatizzazione del fascicolo socio-sanitario Unico.

2.3 STRUMENTI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

2.3.1 Le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP)

Le due UTAP che sono state fondate nell'Azienda ULSS 4 negli anni precedenti, la prima a Zugliano e la seconda ad Arsiero, hanno costituito e costituiscono tuttora una occasione di sperimentazione fondamentale di modelli organizzativi innovativi delle Cure Primarie, utile per lo sviluppo complessivo delle stesse nella Regione Veneto. In particolare, fino ad oggi, appare evidente il loro successo, in particolare per i seguenti aspetti:

- hanno messo a punto un modello di lavoro collaborativo evoluto tra numerosi medici di famiglia (12 a Zugliano e 6 ad Arsiero, in zona mantana), con una piena condivisione della cartella clinica informatizzata e l'avvio di un processo di gestione standardizzata della stessa, per migliorare la continuità di cura dell'assistito;
- hanno realizzato una rintracciabilità del medico dalle 8 alle 20, tramite un call center;
- hanno messo a punto e verificato il rispetto di standard di qualità per quanto riguarda l'accesso del paziente ed il tempo dedicato a ciascuno nella visita;
- hanno avviato un processo di miglioramento continuo della qualità clinica e assistenziale di alcune categorie di pazienti, sia attraverso l'applicazione di percorsi diagnostico terapeutici, misurati con opportuni indicatori condivisi con gli specialisti (es. diabete), sia attraverso l'erogazione su base vocazionale di prestazioni integrative, a favore degli assistiti dei colleghi ed in consulenza ai medici di famiglia del gruppo;
- hanno dimostrato di essere in grado di migliorare alcuni indicatori di spesa, ad esempio nell'ambito delle prestazioni specialistiche e dell'assistenza farmaceutica;
- hanno avviato un importante progetto di prevenzione cardiovascolare, il quale, dopo la fase sperimentale, sarà proposto in modo diffuso alle medicine di gruppo integrate.

2.3.2 Il modello della Medicina di Gruppo Integrata

Il modello organizzativo, che si intende proporre per il prossimo futuro ed attraverso il quale si ritiene di dare atto ad una riorganizzazione territoriale complessiva della *Primary Care* nell'Azienda ULSS n.4, è rappresentato dalla Medicina di Gruppo Integrata, che:

- è Medicina di Gruppo perché risponde ai requisiti previsti dalle Linee-guida introdotte dall'ACR per la Medicina Convenzionata (DGR n.4395 del 30/12/2005);
- è integrata perché si avvale di risorse messe a disposizione dal Distretto (es. personale infermieristico ed amministrativo) e dalle Amministrazioni comunali (es. assistente sociale e personale amministrativo);
- diventa un "braccio operativo strategico" per il Distretto;
- coglie i risultati più significativi della sperimentazione delle UTAP e li diffonde su tutto il territorio.

Nello specifico questa forma organizzativa si caratterizza per alcuni elementi-chiave, ossia:

- rappresenta un **nodo di una rete** ed un punto di riferimento territoriale ben riconoscibile;
- si fonda sull'**integrazione multiprofessionale**, coinvolgendo non solo Medici e Pediatri di famiglia ma anche Specialisti, infermieri, assistenti sociali, amministrativi, allo scopo di costituire un **riferimento unitario per le famiglie**;
- valorizza la **figura dello Specialista, sia convenzionato che dipendente**, individuandolo quale referente competente per i Medici di famiglia di una specifica area;
- è un luogo privilegiato per l'**integrazione socio-sanitaria**;
- garantisce i LEA, esigibili attraverso obiettivi di **qualità clinica ed organizzativa**, misurabili attraverso opportuni indicatori;
- realizza programmi di **prevenzione**, eroga prestazioni per il **paziente acuto** e gestisce il **paziente cronico** con possibilità di "**personalizzazione**" delle cure;
- implementa **percorsi diagnostico-terapeutici**, basati sull'evidenza scientifica e definiti su protocolli condivisi;
- raccoglie **dati socio-epidemiologici** e mappa i bisogni locali;
- si rivolge ad un bacino di popolazione fino a 10.000 abitanti.
- è supportata da una **rete informativa-informatica**.

Rinviando per il dettaglio dei contenuti strutturali ed organizzativi e per la descrizione dei modelli ai singoli progetti, gli ambiti di attività della Medicina di Gruppo Integrata si possono così declinare:

a) prevenzione

- vaccinazione del bambino, dell'adulto, dell'anziano nell'ambito di campagne vaccinali;
- partecipazione attiva alle campagne di screening, anche attraverso l'aggiornamento e la revisione degli elenchi nominativi della popolazione eleggibile;
- attività di prevenzione e di promozione della salute (consigli, diete, ecc.), anche attraverso l'applicazione di metodiche di counselling. Un ambito di specifico interesse sarà rappresentato dalla **prevenzione del rischio cardiovascolare**, fondata su strategie innovative che coinvolgono direttamente la figura dell'infermiere e prendono come "centro di riferimento" non il paziente singolo ma la sua famiglia (cosiddetto "**nurse led, family centred**"), nonché supportate dall'utilizzo/coinvolgimento di "**risorse**" della **Comunità** (es. palestre e luoghi di ritrovo, associazioni di volontariato, organizzazioni sociali, ecc.).

b) prestazioni e processi assistenziali

- visite domiciliari ed ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico;
- trattamento delle patologie a maggiore prevalenza e di competenza della medicina generale;
- procedure tecniche mediche e trattamento dei problemi più comuni;
- diagnostica rapida per piccola patologia ambulatoriale;
- primo contatto, diagnostica e coordinamento dell'assistenza per problemi acuti;
- primo contatto per problemi psicosociali e problemi "senza diagnosi".

c) gestione della cronicità

- supporto all'autogestione del paziente, aiutandolo ad acquisire le capacità necessarie ad affrontare e risolvere i problemi di salute e a porsi obiettivi di miglioramento (es. nel campo dell'alimentazione, dell'esercizio fisico, delle automisurazioni cliniche, dell'uso dei farmaci);
- adozione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali basati sull'evidenza scientifica atta a delineare gli standard per garantire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici;
- presa in carico della terminalità e del paziente fragile;
- gestione della domiciliarità, delle dimissioni protette, delle cure palliative.

Nella fase iniziale sarà promossa la gestione dello **scompenso cardiaco**, del **paziente diabetico** e del **malato oncologico**, nella prospettiva di implementare nuovi percorsi negli anni successivi. Tutta l'attività svolta sarà concordata, secondo la metodologia dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) tra i Medici di famiglia, gli Specialisti ambulatoriali ed ospedalieri ed il Distretto, concordando specifici indicatori di qualità clinica e relativi valori soglia¹.

d) integrazione socio sanitaria

- la presenza dell'Assistente Sociale nelle Medicine di gruppo integrate faciliterà modalità di lavoro collaborativo tra la Medicina di Famiglia, gli Enti Locali, il Distretto e le Organizzazioni Sociali e del Volontariato per trovare soluzioni ai problemi socio sanitari delle persone e delle famiglie.

Inoltre, nella sede della Medicina di Gruppo Integrata, potranno essere garantite le seguenti funzioni:

- prenotazioni degli appuntamenti e gestione delle agende dei Medici di famiglia;
- effettuazione di prenotazioni per prestazioni specialistiche (CUP), con specifico riferimento a quelle con priorità B e per fasce deboli di popolazione;
- distribuzione/ritiro di moduli per richieste varie (es. invalidità, ausili, assistenza domiciliare, ecc.) e di materiale illustrativo per la preparazione all'effettuazione di esami ed accertamenti (consegna provette, ecc.);
- punto prelievi;
- prestazioni, in base ad accordi aziendali e su specifici progetti, di codici bianchi e verdi, inviati dal Pronto Soccorso.

2.3.3 Il modello della Rete diffusa e qualificata

Se il miglioramento dell'**equità nell'accesso ai servizi e nell'assistenza** rappresenta un obiettivo strategico perseguito dall'Azienda ULSS, si rende necessario estendere il modello sopra descritto a tutta la popolazione assistita. Ciò non di meno, possono sussistere alcuni vincoli di tipo geografico e/o strutturale che impediscono o limitano detta estensione.

Pertanto ai Medici di famiglia (→ ai loro assistiti), che non potranno di fatto far parte di una Medicina di Gruppo Integrata, sarà ugualmente garantita la possibilità di essere collegato alla sede di Medicina di Gruppo Integrata più vicina, fruendone degli spazi e dei servizi al fine di svolgere alcune attività per i propri assistiti (es. ambulatori dedicati, attività di prevenzione ed educazione alla salute, ecc.), avvalendosi anche del personale infermieristico ivi presente. Alternativamente, e per particolari configurazioni geografiche, si può ipotizzare una disponibilità di personale infermieristico "mobile" che supporti per un congruo numero di ore (rapportato alla popolazione assistita) l'attività del Medico direttamente nel proprio ambulatorio.

Attraverso opportuni accordi di collaborazione, diviene altresì fondamentale identificare un "**pool di Specialisti d'area**", che si avvalgono della figura del coordinatore degli specialisti ambulatoriali interni, che sviluppano:

¹ Per la gestione del paziente diabetico è già stata concordata una batteria di indicatori misurabili, per gli altri percorsi si procederà alla definizione attraverso gruppi di lavoro.

- un rapporto preferenziale con i Medici di famiglia dell'area, impiegando sempre più il metodo del consulto telefonico o sul paziente (“*si visita insieme il paziente*”) e della consulenza al Medico di famiglia;
- una relazione di confronto e di discussione di casi finalizzata ad accrescere le competenze del Medico di famiglia e dello Specialista;
- la condivisione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA);
- la disponibilità, in casi particolari di pazienti non trasportabili, alla visita domiciliare.

È opportuno sottolineare come tutti gli aspetti sopradescritti debbano trovare opportuna declinazione nel Piano Attuativo Locale delle Cure Primarie, corresponsabilizzando anche le Amministrazioni Locali al conseguimento degli obiettivi di salute prefissati.

Considerando poi il Patto aziendale quale strumento di programmazione per le attività della Medicina Convenzionata, detta sperimentazione richiederà una adeguata ridefinizione dei contenuti del Patto stesso e dei suoi obiettivi, fondandoli su standard di qualità clinica ed organizzativa.

È, infine, necessario evidenziare che sia il modello della Medicina di Gruppo Integrata che la costituzione della Rete diffusa dovranno essere perfezionati conformemente alle indicazioni del nuovo ACN e del successivo ACR per la Convenzionata, ma rappresentano un passaggio obbligato per fare interagire le risorse della Medicina Convenzionata con quelle del Sistema Pubblico al fine di attuare in modo concordato i Livelli Essenziali di Assistenza.

2.3.4. Ipotesi per una localizzazione geografica

Ferme restando le due UTAP già attivate a Zugliano e ad Arsiero, nel corso del prossimo triennio 2009-2011 si prevede l'implementazione almeno delle seguenti Medicine di Gruppo Integrate:

- una localizzata nel comune di Malo, attivabile indicativamente nei primi mesi del 2009 e che coinvolge al momento **10** medici di famiglia che operano nei Comuni di Malo, Monte di Malo e di San Vito di Leguzzano (per un totale di **12.789** assistiti);
- una nel comune di Villaverla, anch'essa attivabile, in grande sinergia con il Comune di Villaverla, indicativamente nei primi mesi del 2009 e che coinvolge al momento **3** medici di famiglia (per un totale di **4.246** assistiti);
- una nel comune di Breganze, rispetto alla quale è stata dichiarato interesse da parte del Comune e si sta delineando il team di Medici potenzialmente interessati;
- almeno altre due rispettivamente negli attuali nosocomi di Thiene e di Schio, rispetto alle quali si darà avvio ad una ricognizione della disponibilità a partecipare da parte di quei Medici che hanno attualmente ambulatori nei comuni di Thiene e di Schio.

Ulteriori Medicine di Gruppo Integrate potranno essere collocate in quei Comuni che metteranno a disposizione le necessarie strutture logistiche.

La possibilità di sperimentare nuove modalità organizzative, nonché di estendere il modello di Rete diffusa resta comunque assoggettata a vincoli correlati:

- alla *disponibilità di strutture* (edifici e sedi);
- alle *risorse economiche da investire*;
- all' *interesse e coinvolgimento dei Medici e Pediatri di famiglia*, nonché degli Specialisti Ambulatoriali Interni;
- alla possibilità di *reperire figure professionali infermieristiche ed amministrative* atte a portare a compimento il modello;
- all'interesse ed alla *collaborazione delle Amministrazioni comunali* nell'incentivare l'implementazione di siffatte sperimentazioni.

Tutti questi vincoli saranno opportunamente valutati, individuandone opportune soluzioni al fine di *estendere, con gradualità ma con un impegno continuo, su tutto il territorio dell'Azienda ULSS,*

e a tutti gli assistiti, questo modello di riqualificazione della Primary Care, dando a tutti i Medici/Pediatrati di famiglia l'opportunità di partecipare.

3. Piano di riorganizzazione dei Distretti socio-sanitari

3.1 I SERVIZI DISTRETTUALI

Il Distretto socio sanitario nella normativa della Regione Veneto è, come è noto, “l’articolazione organizzativo-funzionale dell’Azienda ULSS finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e tra questi ed i servizi socio assistenziali, in modo da assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni ai bisogni socio sanitari della popolazione”. Il Distretto socio sanitario è, insieme con l’Ospedale e la Prevenzione Collettiva, un Livello essenziale di assistenza ed assume il ruolo di “centro di riferimento per l’accesso a tutti i servizi dell’Azienda ULSS”; le sue funzioni principali sono le seguenti:

- analisi e valutazione dei bisogni di salute delle comunità locali;
- gestione diretta di servizi e interventi di assistenza primaria;
- governo della domanda di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera attraverso l’attività di orientamento del cittadino e, soprattutto, l’integrazione nell’organizzazione distrettuale dei medici e dei pediatri di famiglia;
- realizzazione dell’integrazione socio-sanitaria a livello istituzionale, gestionale e professionale.

Dal ruolo e dalle funzioni del Distretto socio sanitario derivano le sue modalità operative, riassumibili nella “presa in carico” dei problemi socio sanitari della persona assistita e della sua famiglia. Con la presa in carico “il Distretto risponde alla specifica esigenza etico-sociale di non lasciare il cittadino solo a districarsi nel labirinto dei vuoti assistenziali”. Al criterio della presa in carico dovranno sempre più uniformarsi le strutture organizzative e le procedure del Distretto, dall’accoglienza agli sportelli, alla valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle persone con bisogni complessi, alla definizione e valutazione dei progetti di cura e assistenza personalizzati.

Visti i presupposti teorici e normativi, l’elemento di fondo che ha guidato la definizione del riassetto organizzativo del Territorio può essere riscontrato nella continua ricerca di un modello che meglio risponda ai bisogni della Comunità, tenendo conto delle diversità orografiche, della viabilità, nonché delle caratteristiche socio-culturali stesse della popolazione.

L’attenzione è stata dunque posta sugli attuali siti ospedalieri che diventeranno le sedi principali dei Distretti di Thiene e di Schio, oltre che sedi della Direzione Aziendale e di tutti quei servizi che sono attualmente collocati in edifici in locazione. Queste due sedi sono quindi destinate a rimanere due **punti di riferimento certo** per i cittadini dell’Alto Vicentino in risposta ai loro bisogni socio-sanitari: ciò richiede di prefigurare spazi adeguati ad accogliere tutte le funzioni distrettuali, nonché funzionalità nuove ritenute necessarie a garantire la presa in carico globale dell’assistito, la continuità dell’assistenza, la qualità del progetto di cura.

Si sottolinea come gli aspetti di logistica debbano essere analizzati soprattutto alla luce di migliorare l’accessibilità dell’utenza e di rendere chiari i percorsi di cura, puntando a promuovere la contiguità spaziale di quei servizi correlati tra loro, ottimizzandone l’utilizzo delle risorse e del personale, facilitando i percorsi oltre che favorendo economie di scala.

A seguito viene riassunto l’elenco dei servizi che saranno collocati sia nella sede distrettuale di Thiene che nella sede di Schio, rinviando per il dettaglio alla Tab. 1 allegata:

- un punto di primo intervento, attivo dalle ore 8 alle ore 20;
- un poliambulatorio comprensivo di tutte le principali branche specialistiche;
- la diagnostica di base, compresa la radiologia, l’ecografia, la TAC, lo screening mammografico;
- un punto prelievi;
- una postazione di continuità assistenziale (ex guardia medica) attiva negli orari notturni, il sabato e nei giorni festivi;
- n. 8 posti letto di “Ospedale di Comunità”;

- la centrale operativa e l'équipe infermieristica dell'ADI con collegamento funzionale con i Medici di famiglia, i Pediatri di base, i Medici di Continuità Assistenziale e gli Specialisti del Distretto;
- la sede della UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale), cuore del Distretto e modalità operativa di presa in carico delle persone con bisogni complessi e delle loro famiglie;
- un ambulatorio di terapia antalgica e di cure palliative;
- la unità di diabetologia, supporto alla gestione integrata del paziente diabetico;
- i servizi e gli ambulatori per gli screening dei tumori (mammografico, cervice uterina, colon retto);
- i servizi vaccinali per la popolazione infantile, adulta ed anziana;
- gli ambulatori di medicina pubblica e degli invalidi civili;
- i servizi di prevenzione e tutela dei minori quali la neuropsichiatria infantile e riabilitazione dell'età evolutiva, il consultorio familiare, la tutela minori;
- i servizi socio-sanitari per la disabilità, l'integrazione scolastica e lavorativa, con collegamenti funzionali ed operativi con il Centro per l'Impiego;
- i servizi per la salute mentale (CSM);
- il punto di consegna dei farmaci a distribuzione diretta;
- i servizi e gli sportelli amministrativi distrettuali per la scelta/revoca del medico di famiglia, per l'esenzioni ticket, ecc.

Inoltre l'Azienda, riconoscendo e valorizzando il ruolo delle associazioni di volontariato nella gestione dei servizi territoriali, oltre che ospedalieri, prevede la possibilità di riservare spazi adeguati per le associazioni che collaborano attivamente ed in modo integrato per supportare i servizi socio-sanitari.

Saranno ovviamente mantenute **le attuali sedi distrettuali periferiche** (il dettaglio delle attività e dei servizi è riportato nella Tab. 2 allegata).

- Le due sedi di Zugliano e di Arsiero, recentemente ristrutturate, continueranno ad essere sedi privilegiate di sperimentazione di nuovi modelli di integrazione tra le UTAP ed i servizi distrettuali, in particolare i servizi ADI ed i servizi della Specialistica Ambulatoriale.
- Verrà qualificata la sede distrettuale di Breganze e valutate le soluzioni logistiche migliori per accogliere anche la sede di una medicina di gruppo.
- Viene completata la ristrutturazione della sede di Malo, per predisporla ad ospitare in via transitoria, in attesa della collocazione definitiva presso i locali messi a disposizione dalla RSA, la Medicina di Gruppo integrata di Malo.

3.2 ELEMENTI INNOVATIVI

Si pongono in particolare evidenza alcuni servizi e progetti innovativi che troveranno collocazione nelle sedi distrettuali principali di Thiene e di Schio:

- **i due punti di primo intervento**: saranno strettamente integrati con il Pronto Soccorso ospedaliero di Santorso e costituiti secondo i requisiti previsti dalla Circolare regionale n.20 del 8/10/1999, attivi dalle ore 8.00 alle ore 20.00, dotati di ambulanza e personale sanitario formato per la stabilizzazione delle emergenze. Detti punti di primo intervento potranno avvalersi in loco di diagnostica per immagini, di laboratorio, ecografia ed ECG, nonché di competenze specialistiche ambulatoriali che verranno incrementate attraverso una formazione aziendale
-
- **i posti letto di ospedale di comunità (detti anche strutture per le cure intermedie)**: rappresentati rispettivamente da circa 8 posti letto nella sede di Thiene e orientativamente da ulteriori 8 posti letto in quella di Schio, fino ad un massimo di 20 per ogni sede, gestiti da Medici di famiglia, si configureranno come soluzioni temporanee per la gestione di processi di cura complessi ma non tali da richiedere uno specifico ricovero o come continuità tra le cure

territoriali e le degenze per acuti; ulteriori posti, circa 6, saranno previsti per le dimissioni protette presso le Residenze per anziani non autosufficienti;

- **il servizio delle dimissioni protette:** viene gestito dalla Centrale operativa dell'ADI e prevede una comunicazione immediata tra Ospedale e Distretto in occasione del ricovero di una persona fragile, che presenterà probabilmente problemi e difficoltà al momento della dimissione; prevede inoltre accessi regolari degli infermieri della Centrale operativa presso i reparti ospedalieri allo scopo di consentire la presa in carico alla dimissione senza soluzioni di continuità. Ha dimostrato di ridurre le degenze ospedaliere non appropriate e di essere molto gradito ai pazienti ed alle loro famiglie.

3.3 ASSISTENZA DOMICILIARE

Il modello di assistenza domiciliare compiutamente realizzato nel nostro territorio garantisce:

- integrazione multiprofessionale (Medico, Infermiere, Terapista, Assistente Sociale, Operatore di assistenza);
- integrazione multidisciplinare (sociale/sanitario);
- risposta al bisogno di tipo multidimensionale;
- estensione del servizio a tutte le età;
- carico assistenziale sanitario indicato in tre livelli d'intensità: bassa, media e alta secondo un gradiente progressivo di complessità assistenziale.

Per i casi "complessi" viene proposto il principio dell'intervento promosso e coordinato secondo i contenuti di uno specifico "progetto assistenziale" formulato e gestito dalla UVMD.

L'esplicitazione di un "progetto assistenziale" costituisce l'elemento caratterizzante dell'assistenza domiciliare; nei casi di bisogno complesso il progetto, sul singolo paziente, matura nel confronto integrato fra esperienze professionali diverse.

Nel corso del prossimo futuro verrà mantenuto e potenziato dove necessario un efficace rapporto di personale nei confronti degli utenti presi in carico.

RESIDENTI ULSS N. 4 all'01/01/07		180.020
ASSISTENTI SOCIALI	<i>n. Operatori equivalenti</i>	<i>17,8</i>
OPERATORI ADD. ASSISTENZA (OSS)	<i>n. Operatori equivalenti</i>	<i>75</i>
OPERATORI ADI (INFERMIERI)	<i>n. Operatori equivalenti</i>	<i>46,80</i>
GERIATRI (resp. UVMD)	<i>n. Operatori equivalenti</i>	<i>2,00</i>
MEDICI SPECILISTI	<i>n. Operatori equivalenti</i>	<i>2,00</i>
RIABILITATORI	<i>n. Operatori equivalenti</i>	<i>3,00</i>
PERSONALE SANITARIO (centrale op.)	<i>n. Operatori equivalenti</i>	<i>3,00</i>
TELESOCCORSO	<i>n. Utenti anno 2007</i>	<i>701</i>

4. La Residenzialità: quali prospettive

4.1 CONTINUITÀ OSPEDALE TERRITORIO

L'obiettivo, sul versante della residenzialità, viene perseguito con azioni coordinate tra loro e in stretta sinergia: la RSA di Cura e Riabilitazione, i posti letto riservati per dimissioni protette (al di fuori dei percorsi dell'RSA), gli ospedali di comunità.

Viene confermato il ruolo strategico dell'RSA di Malo enfatizzando l'integrazione con il Dipartimento Cure Primarie oltre che con l'U.O. di geriatria nella gestione degli ingressi e dimissioni dei pazienti. L'alto indice di rotazione degli utenti, salvo alcune situazioni comunque eccezionali, conferma la peculiarità assistenziale di questa struttura e la sua chiara collocazione nel percorso di cura.

Il modello di dimissioni protette nei confronti delle strutture residenziali extraospedaliere vede attualmente oltre al ruolo fondamentale dell'UPA e dell'RSA di Malo, l'utilizzo di posti accreditati in strutture distribuite sul territorio, con una modalità di ingresso simile ad un ingresso a titolo definitivo, salvo l'attribuzione di un punteggio ulteriore di urgenza. L'analisi dei dati dell'ultimo anno evidenzia come di fatto il numero di posti equivalenti (ossia utilizzati per l'intero anno) non risulti particolarmente rilevante e sia distribuito su poche strutture (in media circa 3 posti equivalenti). Nei prossimi anni si prevede di destinare per le dimissioni protette circa 6 posti nelle strutture per anziani e non autosufficienti.

Si rinvia al paragrafo precedente per quanto concerne i posti letto di Ospedale di Comunità.

4.2 POTENZIAMENTO DEI SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

Oltre che fondamentale supporto ai processi di continuità ospedale/territorio, il livello di assistenza residenziale rappresenta per alcune tipologie di utenti l'unica vera risposta ai loro bisogni socio-sanitari: casi relativamente complessi e per i quali non sia possibile un progetto domiciliare possono essere di fatto assistiti solo in condizioni di lungo-assistenza residenziale, siano essi anziani, disabili o persone affette da malattie psichiatriche.

Il sistema della residenzialità si integra strettamente con il sistema della domiciliarità ed è un nodo importante dell'assistenza primaria.

Nel territorio dell'Azienda ULSS n.4 l'offerta residenziale e semiresidenziale è già articolata e conforme agli standard regionali di riferimento (Piano della Non-Autosufficienza e Progetto Obiettivo salute Mentale, Piano Locale della Disabilità); nonostante ciò in previsione dell'evoluzione della domanda e del nuovo assetto dei servizi territoriali sono già previste ed avviate azioni specifiche per il potenziamento di alcuni servizi a completamento dell'offerta futura.

In particolare saranno adeguati alla domanda emergente i posti dedicati a persone affette da morbo di Alzheimer, i centri diurni per non-autosufficienti, l'offerta residenziale per disabili gravi e persone affette da disturbi mentali con particolare attenzione a formule organizzative che mirano sempre più alla massima autonomia personale e contemporaneamente a modelli gestionali a costo sostenibile.

L'offerta residenziale per anziani, sia autosufficienti che non-autosufficienti, dovrà adeguarsi gradualmente al trend crescente della domanda dovuta ad un progressivo invecchiamento della popolazione, adeguamento che dovrà essere sia quantitativo che qualitativo nel rispetto di standard alberghieri e professionali adeguati.

La rete dei servizi residenziali extraospedalieri e semiresidenziali vedrà quindi nel prossimo triennio un potenziamento, distribuito nel territorio in particolare sui seguenti livelli di assistenza:

- centri diurni per anziani non-autosufficienti con la messa in programmazione di ulteriori 3 centri diurni, uno a Thiene, uno a Valdagno, uno a Malo e uno a Schio;
- riconversione di 22 posti da ridotta intensità in nucleo per persone affette da morbo di Alzheimer a Schio;
- avvio di due comunità residenziali per persone con disabilità medio-grave a Montebelluna;
- avvio di 2 piccole comunità di tipo familiare per persone con disabilità con residue capacità di autonomia una a Villaverla e una presumibilmente a Schio;
- un appartamento protetto (per 4 persone) per utenti con disagio mentale;
- il progressivo incremento di posti letto per anziani non-autosufficienti (pur se non con impegnativa) per far fronte sotto il profilo strutturale all'incremento futuro della domanda, ciò avverrà sia per ampliamenti previsti sia per riconversione di posti per autosufficienti in posti per non-autosufficienti;
- la promozione di soluzioni abitative per anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti in tutti i comuni dell'alto vicentino (appartamenti protetti e case albergo).

4.3 INTEGRAZIONE PROFESSIONALE

Sotto il profilo dell'integrazione professionale sarà incentivato lo scambio di esperienze e la formazione congiunta tra operatori del territorio (anche delle strutture residenziali) e operatori dell'ospedale, in un'ottica prevalentemente funzionale (incremento delle conoscenze) ed organizzativa (efficienza nell'uso delle risorse).

Se il modello di riferimento dovrà essere orientato al progetto assistenziale e di cura, e quindi in parte svincolato da logiche di mansioni e prestazioni, anche il personale dovrà essere sempre più funzionale al percorso assistenziale e quindi capace di rapportarsi con la rete integrata dei servizi.

Particolare attenzione sarà posta al personale della riabilitazione che opera presso le case di riposo che sarà sempre più coinvolto all'interno del Dipartimento funzionale della riabilitazione.

5. Il ruolo dell'Ospedale unico di Santorso

5.1 IL SISTEMA DELLE CURE

Il vecchio modello dell'ospedale era costruito intorno alle specialità, ad intensità di cura media per bisogni differenti e nei quali l'assistenza infermieristica era ancillare alla pratica clinica assistenziale.

Questa modalità strutturale ed organizzativa, a fronte delle nuove ed emergenti necessità assistenziali, ha determinato all'interno dell'ospedale sovraffollamento con lunghe liste di attesa, relazioni informali al posto di quelle strutturate organizzative con scarsa integrazione tra i professionisti, demotivazione, interferenze tra i percorsi di emergenza e di elezione, discontinuità con i servizi del territorio con la percezione da parte dei pazienti di poco coordinamento sino alla sensazione di palese abbandono. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha invitato a superare l'autoreferenzialità dell'ospedale come unico elemento assistenziale, con un cambio di paradigma dei luoghi della salute verso un approccio preventivo, una centralità della assistenza primaria e soprattutto la continuità assistenziale. Oggi l'ospedale deve essere visto e quindi diventare una risorsa estrema, da usare quando è indispensabile, per il tempo strettamente necessario. Deve quindi essere ideato, realizzato e organizzato, ponendo al centro il paziente con le sue esigenze di cura ed i suoi bisogni di assistenza.

Il percorso verso la definizione dell'ospedale come struttura per acuti sempre più sta radicandosi nei professionisti ma è altresì vero che è ancora forte nell'immaginario collettivo il concetto di massima affidabilità dell'ospedale, rispetto alle altre forme assistenziali offerte. È necessario quindi ricomporre l'articolazione dei servizi sanitari in un sistema complesso e integrato che funzioni in modo sinergico per configurare una organizzazione di servizi a rete. L'ospedale per acuti è nodo fondamentale di questa rete, senza la quale non è però in grado di funzionare correttamente, in quanto sarebbe subissato di richieste improprie e soffocato dalla erogazione di prestazioni a bassa complessità, erogabili in modo più appropriato, con minor disagio dei cittadini ed a minor costo, in altre strutture del sistema in stretto collegamento sinergico.

Diventa quindi necessario intervenire nella rete territoriale per valorizzare, anche sul piano del sentire comune, i servizi territoriali, usati in modo appropriato.

È necessario, in altri termini, collocare in ospedale le terapie complesse e le alte tecnologie e dall'altro lato potenziare nel territorio le strutture per la prevenzione, la diagnosi, i controlli, la cronicità.

L'ospedale, per rendersi funzionale ad una assistenza territoriale che garantisca i livelli assistenziali richiesti, deve superare le mura tra le U.O. specialistiche, favorire l'integrazione, valorizzare le professionalità, mettere il paziente al centro della struttura ed organizzare l'assistenza per intensità di cure in modo tale da indirizzare il paziente verso un percorso unico con riferimenti sanitari certi, per favorire l'appropriatezza dell'uso delle risorse ed una assistenza continua e personalizzata.

Il modello di ospedale organizzato per intensità di cura caratterizza lo stesso come luogo di cura dell'acuzie. L'intensità di cura è uno degli elementi che concorrono a definire il nuovo quadro, ma di fatto esso rappresenta l'elemento guida e quindi viene ad identificarsi con l'idea del nuovo ospedale tout court.

5.2 UN OSPEDALE CENTRATO SUI BISOGNI DEL PAZIENTE, ORGANIZZATO PER LIVELLI DI INTENSITÀ DI CURA ED ASSISTENZA.

Il paziente chiede da sempre alla struttura ospedaliera di essere curato efficacemente, tempestivamente ed in sicurezza; oggi a questi elementi cardinali se ne aggiungono altri come:

essere preso in carico da un riferimento certo ed unico, avere informazioni sullo sviluppo del proprio percorso di cura, avere coordinamento, integrazione e continuità tra le fasi del percorso, essere accolto, ascoltato e rassicurato, desidera inoltre confort, privacy e tutela della dignità ed inoltre percepire omogeneità ed equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi.

Graduare l'intensità di cura per ogni singolo paziente significa rispondere in modo diverso per tecnologia, per competenze, per quantità e qualità del personale assegnato ai diversi gradi di instabilità clinica e complessità assistenziale che presentano i pazienti. L'ospedale viene organizzato in blocchi funzionali uniformi per tipologia e livello di cure prestate, dove operano in modo paritario ed integrato le diverse unità specialistiche.

I criteri di attribuzione al livello di cura specifico dipendono dal livello di gravità ed instabilità clinica e dal grado di complessità assistenziale, sia medica che infermieristica, del singolo paziente. Il principio ispiratore dell'organizzazione della degenza diventa quindi la similarità dei bisogni e dell'intensità di cura richiesta piuttosto che la contiguità tra patologie afferenti ad una stessa disciplina specialistica. Abbiamo così una congruenza verticale, con livelli di cura e di assistenza appropriati al bisogno, ed una integrazione orizzontale, nella quale gli specialisti intervengono sui pazienti ovunque questi siano, favorendo così la collaborazione multidisciplinare e lo sviluppo dei percorsi assistenziali, secondo la logica che il paziente non "appartiene" allo specialista ma tutti gli specialisti sono a servizio del paziente. Questo comporta e rende possibile il principio della condivisione, della programmazione e della flessibilità delle risorse comuni, rappresentate dal personale infermieristico, ambulatori, spazi di day care, percorso della preospedalizzazione, blocco operatorio, letti di degenza, letti intensivi e discharge services (servizi per la dimissione).

Tutto poggia sul ruolo di filtro che il Dipartimento di emergenza esercita e sulla condivisione dei criteri di accesso e di assegnazione dei pazienti alle specialistiche. Il Dipartimento di emergenza infatti classifica il paziente e lo invia al livello che gli compete; ha a disposizione alcuni posti letto con due finalità: permanenza di 0-4 ore per la fase prediagnostica e di stabilizzazione; 4-24 ore per osservazione e trattamenti in previsione della dimissione. I bisogni meno complessi, oggi classificati come codici bianchi e codici azzurri, verranno gestiti nel territorio attraverso modalità ambulatoriali.

Il livello intensivo e sub intensivo deve essere presidiato, centralizzato e deve curare la reale instabilità clinica. È stato previsto in uno spazio unico polivalente in cui vengano incluse le casistiche oggi affrontate dalla terapia intensiva, dall'unità coronarica, dalla stroke unit e dalla terapia intensiva postoperatoria.

Il livello della cura per acuti. In questo va a confluire gran parte della casistica, che presenta differenti livelli di complessità medica ed infermieristica. L'orientamento organizzativo per fronteggiare questa forte variabilità (moduli a intensità variabile) mira ad assicurare una appropriata erogazione assistenziale, specialistica ed infermieristica, cercando di ridurre al minimo i trasferimenti interni dei pazienti, per ridurre al minimo i disagi, visti anche i tempi di degenza sempre più brevi. Elemento fondamentale per poter predisporre una assistenza equa ed appropriata è misurare la complessità del singolo paziente con opportune scale di misura.

Nell'ambito chirurgico inoltre è possibile introdurre il ciclo settimanale (week surgery) riservando una parte dei letti di degenza e delle sale operatorie ai casi che si possono risolvere in 3-4 giorni dall'intervento, consentendo la chiusura nel fine settimana della relativa area. Questo comporterà una revisione della programmazione della preospedalizzazione e dell'utilizzo delle sale operatorie.

Il livello di minor assistenza. Viene gestito dal personale ospedaliero allo scopo di creare le condizioni per stabilizzare il paziente e renderlo idoneo alla dimissione; deve integrarsi operativamente con il Distretto socio sanitario ed in particolare con l'area delle cure intermedie.

5.3 L'EVOLUZIONE PROFESSIONALE

Si verifica sempre più la necessità di utilizzare le nuove competenze tecnico professionali e di predisporre modelli di integrazione professionale, in particolare tra team medico e team infermieristico. Si evidenzia sempre più chiaramente che il processo di cura ed il processo di assistenza sono distinti anche se strettamente interdipendenti. Lo spettro delle competenze e delle attività richieste al personale infermieristico si allarga e di conseguenza mutano le tradizionali modalità di presa in carico, sia da parte del medico che da parte dell'infermiere.

Medico tutor e infermiere referente.

Il medico tutor prende in carico il paziente, stende il piano clinico e diventa responsabile del percorso di diagnosi e cura, si interfaccia con il medico di famiglia, del quale è il principale interlocutore per il percorso di cura del paziente in ospedale. È altresì responsabile dell'informazione del paziente e della famiglia.

L'infermiere referente è responsabile dell'assistenza al paziente affidatogli e dei risultati del percorso assistenziale. L'assistenza avverrà secondo le modalità previste dal nursing modulare al quale afferiranno gli operatori di supporto, che aiuteranno ed integreranno l'infermiere nelle attività assistenziali pianificate secondo il grado di dipendenza del paziente. Il nuovo approccio alle cure è garanzia della continuità assistenziale mediante:

- il tutor clinico: garantisce la cura e la corretta informazione al malato ed ai familiari, nonché il rapporto con il medico curante;
- il tutor assistenziale: valuta i bisogni assistenziali e si fa carico dei collegamenti con l'assistenza infermieristica del territorio, per garantire un percorso personalizzato ed integrato;
- il tutor farmaceutico: fornisce adeguate informazioni riguardo l'uso corretto dei farmaci e l'eventuale segnalazione di effetti indesiderati.

5.4 IL RUOLO DEI PAZIENTI ALL'INTERNO DEL PROCESSO DI RIORGANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE

Il passaggio dall'attuale modello organizzativo dell'ospedale per reparti specialistici al riassetto per livelli di intensità di cura può avere un impatto sulla percezione e sulla accettazione da parte dei pazienti. Bisogna quindi ricercare forme di coinvolgimento dell'utenza che siano adeguate alla realtà locale, superando la tentazione all'autoreferenzialità e favorendo il consenso, garantendo in tal modo il successo del processo di cambiamento. Perché l'utente si senta partecipe e soggetto di tale cambiamento è necessario individuare fin d'ora strumenti di coinvolgimento della comunità locale, che utilizzino sia tecniche di comunicazione che di partecipazione attiva. Se adeguatamente informati, orientati, responsabilizzati, accolti, rassicurati ed ascoltati, i pazienti, le famiglie e la comunità tutta possono essere alleati dell'organizzazione per affrontare il cambiamento e superare le inevitabili e fisiologiche resistenze allo stesso.

6. La promozione della salute della comunità dell'Alto Vicentino

Il Piano “Alta Salute” ha sviluppato negli ultimi anni, per iniziativa della Direzione e del Dipartimento di Prevenzione dell’ULSS 4, numerose e qualificanti iniziative di promozione della salute, in collaborazione con gli Enti Locali, la Scuola, le Imprese, i Sindacati dei lavoratori e altre Organizzazioni sociali e del Volontariato. La promozione della salute è (Ottawa, 1986) il processo che rende la popolazione capace di aumentare il proprio controllo sulla salute per migliorarla; si fonda su 5 strategie:

- costruire politiche pubbliche che tengono conto della salute dei cittadini;
- creare ambienti e contesti sociali sani, che facilitano scelte di vita “sane” da parte dei cittadini;
- rafforzare l’azione “in proprio” della comunità per la salute;
- sviluppare le capacità degli individui per migliorare la salute propria, dei propri familiari e della comunità;
- riorientare i sistemi sanitari verso lo sviluppo della assistenza primaria.

Il Dipartimento di Prevenzione dell’ULSS 4, sostenuto dalla Direzione e con la collaborazione dei Distretti socio sanitari, della Medicina di famiglia e dell’Ospedale, ha avviato una fase di approfondimento delle proprie strategie operative allo scopo di aumentare le proprie capacità di leadership nel sostenere e sviluppare le iniziative di promozione della salute, in risposta ai nuovi bisogni di salute esposti nella prima sezione di questo documento.

Le linee guida che verranno sviluppate nel prossimo quadriennio e che porteranno ad un intensificarsi delle azioni di prevenzione e di promozione della salute sono le seguenti (Dichiarazione di Jakarta, 1997):

- promuovere la responsabilità sociale per la salute: sia i settori pubblici che privati sono chiamati a mettere in atto politiche e attività che evitino di provocar danno agli individui, incoraggino un uso sostenibile delle risorse, salvaguardino il cittadino nel mercato e l’individuo nei luoghi di lavoro;
- assicurare le risorse per garantire l’equità nella erogazione dei servizi, in particolare alle categorie sociali più povere e marginali;
- consolidare ed espandere le collaborazioni (partnership) per la salute, tra i differenti settori ed a tutti i livelli della comunità locale: andranno quindi rafforzate le partnership, le reti e le alleanze, con e tra i Comuni, le Scuole, le Imprese, i Sindacati, tutte le Organizzazioni Sociali e del Volontariato;
- aumentare le “infrastrutture” per la promozione della salute: in particolare gli ambienti sociali (settings come il comune, la scuola, l’ambiente di lavoro, la parrocchia ecc.) rappresentano la base organizzativa richiesta per assicurare ambienti sicuri e stili di vita sani.

CONCLUSIONI

Questo documento si pone come sostanziale integrazione agli strumenti programmatori già adottati dall'Azienda ULSS n.4 (Piano di Comunità 2004/2006 e 2007/2009), a fronte dei nuovi scenari che vengono a configurarsi con la costruzione del nuovo polo unico ospedaliero. Si ricollega alla scelta del Distretto "forte", fatta dall'Azienda ULSS 4 a partire dall'anno 2001 e si accompagna con una nuova visione del "budget del Distretto", che sarà sviluppata nel corso dei prossimi esercizi gestionali.

Il documento rappresenta, altresì, la sintesi di un processo di confronto che ha visto la partecipazione propositiva di più soggetti (l'Azienda ULSS, la Medicina Convenzionata, le Amministrazioni Locali) alla ridefinizione del sistema socio-sanitario locale, nell'ottica di:

- definire un sistema di assistenza e cura organizzato e funzionale a **soddisfare i bisogni locali**, in grado di garantire risposte certe, concrete ed appropriate;
- riorganizzare i servizi in modo da ottenere un **miglioramento dell'offerta** grazie al recupero di efficienza, ma adottando criteri di appropriatezza nell'uso delle risorse;
- garantire **l'univocità e l'uniformità di accesso ai servizi**, migliorando o ridefinendo i percorsi assistenziali e qualificando l'accessibilità in termini di equità;
- individuare regole di organizzazione e di funzionamento delle attività e dei servizi pienamente rispondenti ai **principi della responsabilità condivisa**.

Il cambiamento che vivremo nei prossimi anni sarà importante per tutta la Comunità dell'Alto Vicentino: contestualmente alla costruzione del nuovo ospedale di Santorso, che sarà occasione di innovazione strutturale, tecnologica ed organizzativa, dell'assistenza ospedaliera, consolideremo il sistema territoriale dei servizi, con un forte investimento in strutture, servizi e personale, diffusi in modo equilibrato in tutto l'Alto Vicentino, con l'attenzione, tipica dell'Azienda ULSS 4, agli equilibri di bilancio, che saranno però funzionali e subordinati al rafforzamento del sistema dei servizi.

Vi è, infine, la consapevolezza che la costruzione del nuovo Ospedale e il conseguente processo di riorganizzazione territoriale non siano eventi gestionali meramente circoscritti all'Azienda ULSS n.4, ma rappresentino **opportunità di sviluppo del welfare community**: il benessere di un Territorio e la sua competitività non dipendono soltanto da una crescita economica in senso stretto, ma anche dalla capacità del sistema di migliorare la qualità di vita delle persone, di sviluppare servizi di qualità, di accrescerne le conoscenze e le competenze, di facilitare la partecipazione dei cittadini. È questa una modalità nuova di interpretare il Sistema socio-sanitario nel suo complesso, che sposta la logica assistenzialistica verso una **logica di investimento sociale** e che interpreta i cittadini come co-produttori del proprio benessere e non soltanto come destinatari e fruitori di servizi.

Si può dunque affermare che le politiche socio-sanitarie intervengono direttamente sulla qualificazione dello sviluppo locale, scorgendo nell'attuale processo di riorganizzazione dei servizi territoriali ed ospedalieri l'opportunità di incrementare la capacità effettiva della Comunità dell'Alto Vicentino di generare "benessere". Si auspica, quindi, che le linee programmatiche fin qui definite possano diventare "*patrimonio della Comunità*" producendo vantaggi che si riversano sull'intero sistema locale. Questo avverrà tanto più facilmente quanto più gli interventi che saranno messi in atto saranno rispettosi della cultura dell'Alto Vicentino. Una cultura la quale, come ricordato nel Piano di Comunità 2004-2006, è fatta di attenzione e rispetto della natura, di sobrietà nel consumo delle risorse, di spirito di libertà, di partecipazione attiva alla vita sociale, di spirito di solidarietà umana e della disponibilità a considerare sopra ogni cosa il bene comune.

ALLEGATI

TAB 1 - ALLOCAZIONE DELLE FUNZIONI DISTRETTUALI DELLE SEDI DI SCHIO E THIENE

Attività attualmente erogate dal distretto	Future attività integrative	Note e miglioramento atteso	Attuale allocazione	Allocazione nelle future sedi distrettuali		Osservazioni
				Schio	Thiene	
UNITA' OPERATIVA CURE PRIMARIE/ASSISTENZA PRIMARIA				X	X	
Centrale Operativa Infermieristica		Garantisce il coordinamento dell'assistenza domiciliare, delle dimissioni protette, della continuità assistenziale e il costante collegamento con i medici	Già presenti nelle sedi distrettuali principali	X	X	
UVMD		Valutazione dei bisogni complessi, definizione del progetto personalizzato e porta di accesso ai servizi della rete socio-sanitaria.	Già presenti nelle sedi distrettuali principali	X	X	
Equipe infermieristica ADI		Eroga l'assistenza sanitaria a livello domiciliare o ambulatoriale su indicazioni del medico di medicina generale o secondo il piano concordato in UVMD..	Attualmente è dislocata in strutture separate dalle sedi distrettuali e a Thiene in una sede distaccata in locazione	X	X	
	Medicine di Gruppo Integrata	La medicina di gruppo integrata è una medicina di gruppo integrata da infermieri, collaboratori di studio, con presenza di assistente sociale comunale e una forte integrazione con l'azienda. Tale modello migliora la rilevazione e valutazione dei bisogni, la presa in carico, la continuità dell'assistenza, l'operatività medica e quindi la gestione complessiva del progetto di cura.	Non presenti nelle attuali sedi	X	X	
Continuità Assistenziale		Maggior integrazione con i medici di medicina generale, gli specialisti, l'assistenza domiciliare e il punto di primo intervento.	Già esistenti nelle due sedi ospedaliere oltre che ad Arsiero	X	X	
Punto prelievo		Mantenimento nelle sedi distrettuali periferiche e allocazione dell'attività nelle future sedi distrettuali principali	Già esistenti nelle due sedi ospedaliere oltre che nelle sedi distrettuali di Malo, i Piovene, Arsiero, presso il punto servizi distrettuale di Valli del Pasubio e presso la CdR di Valdastico	X	X	
Poliambulatorio		L'attività ambulatoriale gestita sia a livello distrettuale che ospedaliero è caratterizzata dalla possibilità di chiudere l'iter diagnostico terapeutico laddove possibile. Si rende necessario rivisitare le attuali specialità per individuare una dislocazione maggiormente attinente alla nuova organizzazione.	Già esistenti nelle sedi distrettuali di Malo, Piovene, Arsiero e nelle attuali sedi ospedaliere	X	X	

TAB 1 - ALLOCAZIONE DELLE FUNZIONI DISTRETTUALI DELLE SEDI DI SCHIO E THIENE

Attività attualmente erogate dal distretto	Future attività integrative	Note e miglioramento atteso	Attuale allocazione	Futura allocazione		DUBBI
				Schio	Thiene	
Unità operativa di diabetologia		UO distrettuale eroga unitamente ai MMG ed ADI gli interventi al paziente diabetico in base ad un protocollo condiviso.	Presso struttura Ospedaliera di Schio e nel comune di Malo in struttura in locazione e in previsione nella sede definitiva della Medicina di gruppo di Malo (Muzzan)	X	X	
	Diagnostica di base (radiologia diagnostica e laboratorio analisi)	L'attività di diagnostica di base gestita a livello distrettuale è caratterizzata dalla possibilità di chiudere l'iter diagnostico terapeutico anche con l'intervento in remoto degli specialisti operanti in ospedale.	Nelle due sedi dei presidi ospedalieri	X	X	
	Riabilitazione	L'attività riabilitativa verrà potenziata anche con attività di riabilitazione in acqua e attività di psicomotricità al fine di offrire un'assistenza completa in particolare a persone con disabilità adulte e minori evitando fughe . E' previsto infatti il posizionamento di una piscina terapeutica e l'individuazione di locali adeguati per l'attività psicomotoria.	Attualmente la riabilitazione viene garantita a livello ospedaliero, distrettuale (all'interno del servizio di NPIA) e domiciliare (attraverso il servizio ADI) Non presente attività in acqua e psicomotricità per le quali il riferimento sono strutture convenzionate fuori ULSS.	X	X Riabilitazione di primo livello	
Ambulatorio terapia del dolore (terapia antalgica)		Si sta predisponendo un progetto aziendale che vedrà coinvolto sia il territorio che l'ospedale. Per tale servizio l'azienda ha già potenziato la dotazione organica ed è in atto una formazione specifica.	Prevalentemente gestito dall'UO ospedaliera di terapia antalgica	X	X	
	Primo Intervento	Risposta a libero accesso per problemi sanitari che non richiedono interventi di particolare intensità e possono essere gestiti a livello territoriale.	Attualmente non presenti per cui il ricorso da parte della popolazione o alle Medicine di gruppo o al pronto soccorso	X	X	
	Punto di distribuzione farmaci	E in fase la riorganizzazione del servizio		X	X	

TAB 1 - ALLOCAZIONE DELLE FUNZIONI DISTRETTUALI DELLE SEDI DI SCHIO E THIENE

Attività attualmente erogate dal distretto	Future attività integrative	Note e miglioramento atteso	Attuale allocazione	Futura allocazione		DUBBI
				Schio	Thiene	
	Posti letto	Posti dedicati in particolare alla continuità tra ospedale (per acuti) e il territorio, gestiti dai MMG. Oltre che per progetti di ammissione e dimissione protetta potranno essere utilizzati per la gestione di situazioni che non presentano una complessità sanitaria tale da dover ricorrere al ricovero ospedaliero.		X	X	
BAMBINO E FAMIGLIA						
Neuropsichiatria Infantile e riabilitazione in attività evolutiva		È rivolto a soggetti in età evolutiva ed adolescenziale colpiti da ritardi intellettivi o difficoltà di apprendimento, da deficit sensoriali, da disturbi del linguaggio e della comunicazione, da problemi di tipo psichiatrico, psichico e relazionale	Servizio attualmente presente nelle attuali sedi distrettuali principali	X	X	
		RIABILITAZIONE L'attività riabilitativa verrà potenziata anche con attività di riabilitazione in acqua e attività di psicomotricità al fine di offrire un'assistenza completa in particolare a persone con disabilità adulte e minori evitando fughe	Attività in acqua e psicomotricità non presente	X	X	
Consultorio familiare		Eroga interventi di consulenza e di assistenza alla coppia ed alla famiglia, o al singolo sui temi : - della sessualità - delle problematiche psicosociali della famiglia, - della gravidanza, della paternità responsabili; - dell'infanzia dei minori	Presente nella sede distrettuale di Schio e a Thiene in una sede distaccata in locazione	X	X	
Servizio tutela Minori		Eroga interventi e progetti a tutela di minori in situazioni di disagio familiare	Presente a Malo e a Thiene in sedi distaccate in locazione	X	X	

TAB 1 - ALLOCAZIONE DELLE FUNZIONI DISTRETTUALI DELLE SEDI DI SCHIO E THIENE

Attività attualmente erogate dal distretto	Future attività integrative	Note e miglioramento atteso	Attuale allocazione	Futura allocazione		DUBBI
				Schio	Thiene	
Servizio Accoglienza Familiare		Servizio accoglienza famiglie: si occupa di adozioni e della formazione e arruolamento delle famiglie affidatarie	Presente in sede staccata a Thiene		X	
AREA AMMINISTRATIVA						
Sportello amministrativo del Distretto		Gli uffici amministrativi rappresentano il primo punto di contatto col distretto; in particolare garantiscono: l'informazione all'utenza sui servizi distrettuali e sulle modalità di accesso lo svolgimento delle pratiche amministrative. Tale area sarà integrata da alcune funzioni attualmente presenti solo nelle sedi ospedaliere	Presente in tutte le sedi distrettuali Presenti in Ospedale	X	X	
DISABILITA'						
Presi in carico e progetti individualizzati, integrazione scolastica e sociale		Garantisce a persone con disabilità interventi socio educativo e assistenziali sia diurni che residenziali su progetti personalizzati e predisposti unitamente alla NPI, alla scuola, ai servizi sociali comunali. La collocazione funzionale all'interno del dipartimento di riabilitazione favorisce all'interno del percorso di vita della persona disabile dei momenti di riabilitazione o di mantenimento al fine di una maggiore autonomia personale. Pur mantenendo la dislocazione attuale, la vicinanza con altri servizi quali in particolare la neuropsichiatria, il SILAS e il servizio di riabilitazione funzionale potrà migliorare alcuni percorsi di integrazione sociale	Presente nella sede di Schio e di Thiene	X	X	
SALUTE MENTALE						
CSM		Garantisce a persone con patologia psichiatrica, interventi di diagnosi e cura a livello ambulatoriale, terapia psicologica individuale e di gruppo, monitoraggio domiciliare. Gerarchicamente afferente al Dipartimento di Salute mentale, funzionalmente è collocato nei distretti di appartenenza. La futura vicinanza con gli altri servizi territoriali permetterà lo sviluppo di una maggiore integrazione nella realizzazione dei progetti personalizzati.	IL CSM di Schio trova collocazione in una palazzina pertinente all'ospedale Il CSM di Thiene in locali affiancati, se pur separati, al reparto ospedaliero.	X	X	

TAB 1 - ALLOCAZIONE DELLE FUNZIONI DISTRETTUALI DELLE SEDI DI SCHIO E THIENE

Attività attualmente erogate dal distretto	Future attività integrative	Note e miglioramento atteso	Attuale allocazione	Futura allocazione		DUBBI
				Schio	Thiene	

SERVIZI SOVRADISTRETTUALI

SILAS		<p>Il Servizio Integrazione Lavorativa Area Svantaggio si occupa della gestione di progetti di integrazione lavorativa e sociale delle fasce deboli. Lavora, relativamente alla applicazione della L.68/99 in stretta collaborazione con il centro per l'impiego in base ad un protocollo d'intesa tra azienda e provincia di Vicenza.</p> <p>Il SILAS troverà una più corretta collocazione all'interno del distretto e quindi con una maggior possibilità di integrazione con servizi con i quali collabora costantemente (disabilità, CSM, servizi per le dipendenze).</p> <p>Come evidenziato più sotto troverà collocazione coerente anche il centro per l'impiego</p>	Attualmente in sede distaccata in locazione	X		
Centro per l'impiego		La stretta collaborazione tra ulss e provincia, porta a considerare opportuna la vicinanza anche fisica dei due servizi	Ubicato nello stesso stabile del SILAS	X		
Servizio per il trattamento dei Disturbi Alimentari (D.C.A.)		E' un servizio ambulatoriale di diagnosi, cura e riabilitazione di persone affette da importanti patologie del comportamento alimentare.	E' attualmente collocato presso il Centro servizi di Montecchio Precalcino.		X	
SERVIZI SOCIALI E ASSOCIAZIONISMO		<p>Il ruolo delle associazioni di volontariato nella gestione dei servizi territoriali è riconosciuto e valorizzato dall'azienda.</p> <p>Per tale motivo viene prevista la possibilità di riservare spazi ad associazioni che collaborano costantemente e attivamente con l'azienda in forte integrazione e coordinamento con i servizi sia sociali che sociosanitari.</p>	Attualmente presente in piccola parte solo in sedi distrettuali periferiche Piovene Arsero Zugliano	X	X	

TAB 1 - ALLOCAZIONE DELLE FUNZIONI DISTRETTUALI DELLE SEDI DI SCHIO E THIENE

Attività attualmente erogate dal distretto	Future attività integrative	Note e miglioramento atteso	Attuale allocazione	Futura allocazione		DUBBI
				Schio	Thiene	

DIPARTIMENTO DIPENDENZE

SERT	Interventi a persone tossicodipendenti sia a livello ambulatoriale che a persone inserite nelle comunità terapeutiche. Attività di presenza nelle scuole e alla popolazione	In considerazione dell'integrazione del servizio nel quartiere dell'attuale collocazione ed in considerazione della riservatezza attualmente garantita e considerata la particolarità dell'utenza si ritiene di mantenere tale servizio nell'attuale collocazione	Thiene, palazzina staccata e in locazione.			
Alcologia	Interventi a persone alcoliste a livello ambulatoriale e collaborazione con la rete territoriale delle associazioni					

Attività del Dipartimento di Prevenzione Svolte dal Distretto

Screening: mammografico, cervic, colon retto,		vista l'importanza di una dislocazione territoriale di tali attività, verranno mantenute nelle attuali sedi di erogazione. Nelle future sedi distrettuali sarà collocata solo l'attività che attualmente viene espletata nelle attuali sedi principali di Tiene e Schio	Sedi distrettuali e ospedale	X	X	
Vaccinazioni		Come sopra		X	X	
Medicina Pubblica		Come sopra				
Sportello unico Invalidi Civili				X ?	X	

TAB 2 - SITUAZIONE FUTURA DELLA ALLOCAZIONE DEI SERVIZI NELLE SEDI DISTRETTUALI PRINCIPALI (EX PADIGLIONI OSPEDALIERI) E PERIFERICHE

		Tipo di informazione >	Sedi											
		Distretto >	DSS 1				DSS 2							
		Comune sede fisica >	Thiene Boldrini	Thiene	Breganze	Zugliano	Schio de Iellis	Schio	Malo	Piovene R.	Arsiero	Santorso	Valli del P.	Valdastico
Unità operativa	Servizio													
Sede centrale	Servizi amministrativi		X											
Cure Primarie	Direzione		x				x							
	UVMD		x		x		x		x	x				
	Poliambulatori (n. specialità)	x	x		x	x	x		x	x	x			
	Centrale operativa ADI		x				x							
	Equipe infermieristica		x		x	x	x		x	x	x			
	Punto prelievo	x	x		x	x	x		x	x	x		x	x
	Continuità assistenziale											x		
	Punto primo intervento	x	2	x				x						
	Posti letto cerniera	x	2	x				x						
	Diagnostica di base - radiologia	x	2	x				x						
	UTAP		2				x					x		
	Medicina di gruppo integrate	x	2	x				x						
	Cure palliative		2	x				x						
	Diabetologia		3	x				x		x				
	Riabilitazione		2	X						x				
	Ambulatorio infermieristico		7	x		x	x	x		x	x	x		
Bambino e famiglia	Direzione		2	x				x						
	Consultorio Familiare		4	x				x		x	x			
	Neuropsichiatria infantile		3	x				x			x			
	Equipe tutela minori		2	x					x					
	Servizio Accoglienza Familiare		1	x										
	Ambulatorio ginecologico		6	x		x	x	x		x	x			
Disabilità	Sede operativa		2	x				x						
Dipendenze	SERT		1		x									
	Alcologia		1					x						
CSM	Sede operativa		2	x					x					
SILAS	Sede operativa		1					x						
Centro per l'impiego	Sede operativa	x	1					x						
Amministrativa	Responsabili		2	x				x						
	Uffici amministrativi		8	x		x	x	x		x	x	x	x	
Associazioni	Varie	x	2	x				x						
Dipartimento di prevenzione	Direzione e altri servizi		1	x										
	Ambulatorio vaccinazioni		8	x		x	x	x		x	x	x		x
	Centro screening		2	x					x					
	Ambulatorio medicina legale		6	x		x		x		x	x	x		

PROGRAMMAZIONE DI MASSIMA DEI POSTI PER SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI: ANZIANI, DISABILI, PSICHIATRICI

	al 30/09/2008	variazione prevista entro il 31/12/2012	Totale al 2012
ANZIANI			
Residenziali	1.217	131	1.348
<i>Posti autorizzati non-auto</i>	1.039	161	1.200
<i>accreditati media...</i>	169	22	191
<i>...di cui nucleo Alzheimer</i>	24	22	46
<i>accreditati ridotta</i>	762	-22	740
<i>religiosi</i>	46	0	46
<i>Posti autorizzati per auto</i>	125	-40	85
<i>Altro</i>	53	10	63
Posti centri diurni	67	67	119
<i>non-auto</i>	35	52	87
<i>auto</i>	32	0	32
Livelli ulteriori	76	22	98
<i>Cura e riabilitazione</i>	50	0	50
<i>UPA</i>	10	0	10
<i>Ospedale Comunità</i>		16	16
<i>Dimissioni protette</i>		6	6
<i>SVP</i>	6	0	6
<i>SAPA*</i>	10	0	10
DISABILI			
Residenziali	106	24	130
<i>RSA</i>	46	0	46
<i>Cardo</i>	38	0	38
<i>Comunità residenziale</i>		12	12
<i>Comunità alloggio</i>	22	0	22
<i>Comunità a bassa soglia</i>		12	12
Diurni	191	10	191
<i>cd</i>	191	10	191
PSICHIATRIA			
Residenziali	174	24	198
<i>RSA psicogeriatrica</i>	95	0	95
<i>Com.tà res.li mantenimento</i>	22	0	22
<i>CTRP</i>	12	0	12
<i>Comunità alloggio</i>	40	20	60
<i>Appartamenti protetti</i>	5	4	9
Diurni	24	0	24
<i>Centro diurno</i>	24	0	24

* inseriti in un nucleo di media

ORGANIZZAZIONE DELLE CURE - ULSS4

