

Prot. n. (BAS/07/308512)

---

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Vista la l.r. n. 29/2004 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale", e successive modificazioni, che, pur consolidando i principi fondamentali di organizzazione e funzionamento del servizio sanitario regionale, provvede, - nel rispetto delle competenze concorrenti regionali in materia di tutela della salute (art. 117 comma 3 Cost.) - ad introdurre elementi di innovazione ridefinendo le funzioni delle aziende sanitarie, la loro governance interna, le relazioni funzionali all'interno delle medesime e con i soggetti esterni, tra cui primariamente la Regione e gli Enti Locali;

Atteso che l'art. 3, comma 4 della citata legge demanda ad apposita direttiva della Giunta regionale il completamento del disegno prefigurato dalla legge medesima, con particolare riguardo agli assetti organizzativi ed alle articolazioni di governo all'interno delle aziende, tenendo conto non solo delle innovazioni da essa introdotte, ma anche del mutato quadro complessivo di riferimento in modo tale da consentire ai direttori generali di elaborare l'atto aziendale in modo coerente e funzionale alle finalità previste dalla normativa nazionale e regionale in materia ed in armonia con le priorità di politica sanitaria definite dal Piano sociale e sanitario attualmente in corso di elaborazione;

Vista la propria deliberazione n. 86/2006, che approvava la "Direttiva alle Aziende Sanitarie per l'Adozione dell'Atto Aziendale";

Atteso che nel testo della stessa si rimandava a un successivo atto che fornisse indicazioni specifiche per i dipartimenti delle cure primarie, di salute mentale e dipendenze patologiche e di sanità pubblica e per definire le relazioni tra i distretti i dipartimenti;

Considerato che, allo scopo di garantire la massima condivisione, necessaria ad assicurare la piena operatività e funzionalità di quanto previsto, la direttiva che è parte integrante della presente deliberazione, è stata oggetto di confronto e approfondimento con tutti i soggetti interessati nelle riunioni tenutesi presso la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali;

Ritenuto dunque di procedere, in attuazione di quanto previsto dall'articolo soprarichiamato, alla approvazione della presente direttiva, quale strumento volto a garantire l'unitarietà del servizio sanitario regionale, assicurando un profilo omogeneo alla struttura ed al funzionamento delle aziende sanitarie, nel rispetto dell'autonomia e della responsabilità di ciascuna di esse;

Acquisito il parere favorevole espresso ai sensi dell'art. 3, comma 4, della l.r. 29/2004 dalla Commissione Consiliare Politiche per la salute e Politiche sociali nella seduta pomeridiana del 12 dicembre 2007;

Richiamata inoltre la legge regionale 26 novembre 2001, n. 43 recante "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna";

Vista la propria deliberazione 3 aprile 2007, n. 450 recante "Adempimenti conseguenti alle delibere 1057/2006 e 1663/2006. Modifiche agli indirizzi approvati con delibera 447/2003 e successive modifiche";

Dato atto del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore Generale alla sanità e politiche sociali, dr. Leonida Grisendi, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della l.r. n. 43/2001 e della propria deliberazione n. 450/2007;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute, Giovanni Bissoni;

A voti unanimi e palesi

d e l i b e r a

- 1) di approvare l'allegato: "Direttiva alle aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale, di cui all'art. 3, comma 4 della L.R. n. 29/2004: indirizzi per l'organizzazione dei Dipartimenti di cure primarie, di salute mentale e dipendenze patologiche e di sanità pubblica", quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- 2) di pubblicare il presente atto sul Bollettino della Regione Emilia Romagna.

- - -

**ALLEGATO**

Giunta Regionale  
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

*DIRETTIVA ALLE AZIENDE SANITARIE PER L'ADOZIONE DELL'ATTO AZIENDALE, DI CUI  
ALL'ART. 3, COMMA 4, DELLA L.R. 29/2004:  
INDIRIZZI PER L' ORGANIZZAZIONE DEI  
DIPARTIMENTI DI CURE PRIMARIE, DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE E DI  
SANITÀ PUBBLICA*

## Indice

[Premessa](#)

[PARTE PRIMA - Ruolo e funzioni del Distretto](#)

[Le relazioni tra il Distretto e i Dipartimenti](#)

[Ruolo e composizione dell'Ufficio di direzione distrettuale \(Udd\)](#)

[PARTE SECONDA - Il Dipartimento delle Cure Primarie \(DCP\)](#)

[L'integrazione organizzativa: struttura e funzioni](#)

[La dirigenza del DCP](#)

Articolazione interna del DCPI Nuclei di Cure Primarie: funzioni e ruoloUnità Pediatrica di Cure PrimarieIl consultorio familiareIl Punto unico di accesso alle cure domiciliariLa rete integrata degli sportelli unici distrettuali.Ruolo e funzioni delle professioni sanitarie non mediche nei Dipartimenti di Cure PrimarieL'assistenza infermieristica nelle cure primarieI percorsi integrati e gli strumenti di gestioneRuolo e composizione del Comitato di DipartimentoPARTE TERZA - definizione e funzioni del dipartimento di salute mentale e dipendenze patologicheL'articolazione interna del DSM-DPIntegrazione con l'UniversitàIntegrazione con il privato accreditatoRapporti tra articolazione territoriale e funzionaleMissione del DSM-DPPARTE QUARTA - Il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP)Le nuove prospettive dei Dipartimenti di Sanità pubblica nelle Aziende sanitarieLe nuove "capacità"I livelli dell'integrazioneI cambiamenti più rilevantiIl lavoro su problemi prioritari di saluteI nuovi orientamenti della sicurezza alimentare e della sanità pubblica veterinariaIl ricorso a tecniche di sanità pubblica basate su prove di efficaciaIl governo clinico delle attività di prevenzioneL'appropriatezza delle risposte e la loro efficaciaLo sviluppo delle competenze epidemiologicheIl contributo al governo clinico dell'aziendaLe Aree Vaste regionali ed i poli specialistici di riferimentoOrganizzazione dei Dipartimenti di Sanità pubblicaI bisogni organizzativi in sanità pubblicaLe possibili risposte ai bisogni organizzativiComposizione del Comitato di dipartimentoParte Quinta - Organizzazione dei Servizi di Medicina legaleLe attività di Medicina legaleGestione del rischioGestione del contenzioso e prevenzione dei conflittiAttività collegialiAttività varieAccertamenti necroscopiciLe azioni organizzative

## Premessa

La L.R. n. 29/2004 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale", nasce da un lungo processo di riorganizzazione del sistema sanitario regionale e pone compiutamente al centro del governo territoriale il Distretto, come luogo da un lato della committenza e della garanzia dell'accesso dei cittadini, dall'altro dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari e tra servizi sanitari, definendo le relazioni fra Distretto ed Enti Locali. Le funzioni affidate dalla L.R. 29 al distretto, sono riconducibili a quella più generale di governo, sia dei servizi sanitari, sia di quelli socio-sanitari e alla loro integrazione.

La Delibera di Giunta regionale n. 86/2006 "Direttiva alle aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale", di cui all'art. 3, comma 4 della L.R. n. 29/2004" fornisce indicazioni in ordine alla struttura ed al funzionamento delle aziende sanitarie, e ribadisce la distinzione tra responsabilità di governo aziendale, attribuite ai Direttori di Distretto, e responsabilità di gestione della produzione sanitaria, attribuite ai Direttori dei Dipartimenti. La stessa delibera individua il Nucleo delle Cure Primarie come modello organizzativo di base per l'assistenza primaria, come strumento per aumentare l'accessibilità alle cure primarie, favorire l'integrazione interprofessionale, migliorare i livelli di appropriatezza organizzativa e clinica, e specifica che ulteriori indicazioni per definire le relazioni del distretto con i dipartimenti saranno emanate negli indirizzi specifici per i dipartimenti ospedalieri, i dipartimenti delle cure primarie, di sanità pubblica e di salute mentale.

In tale provvedimento i Dipartimenti vengono definiti "...la struttura organizzativa fondamentale delle aziende con l'obiettivo di garantire la globalità degli interventi preventivi ed assistenziali e la continuità dell'assistenza; assicurare il governo clinico del sistema di produzione dei servizi sanitari sia in termini di sistema decisionale finalizzato ad assicurare l'obbligo di qualità tecnica delle prestazioni e dei servizi, sia in termini di partecipazione dei professionisti alle decisioni di carattere strategico, organizzativo e gestionali che influenzano la qualità dei servizi e il rendimento delle risorse disponibili..".

A questi obiettivi si rifanno le presenti linee guida regionali, che delineano un profilo omogeneo della struttura e del funzionamento dei Dipartimenti delle Cure Primarie, di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e di Sanità Pubblica, e dei loro rapporti con il Distretto, cui sono invitate ad attenersi le Aziende Sanitarie.

## PARTE PRIMA - Ruolo e funzioni del Distretto

Il ruolo del Distretto rappresenta una scelta prioritaria nell'ambito delle politiche regionali per la salute della comunità locale, al fine di conferire alla programmazione, monitoraggio e valutazione dell'assistenza quel carattere personalizzato e locale che è costitutivo della qualità dei servizi resi, al pari della qualità tecnica e dell'appropriatezza organizzativa e clinica. La ridefinizione dei bisogni sociali e sanitari, o del bisogno di servizi sociali e sanitari come entità che è in rapporto col bisogno di salute e con le sue connotazioni epidemiologiche attraverso la mediazione della variabilità delle condizioni economiche, sociali, demografiche e culturali locali pone la necessità di organizzare gli interventi, orientando sempre di più le strutture di produzione alla fornitura di **servizi** integrati, superando un'attività di programmazione ed erogazione incentrata sulle prestazioni assicurate da più dipartimenti sanitari e istituzioni locali, da più professionalità e da livelli di specializzazione diversa all'interno delle professioni. I differenti produttori (intendendo con ciò sia i professionisti sia le strutture organizzative nelle quali operano) devono integrare i loro apporti in modo che le diverse articolazioni organizzative siano funzionali all'erogazione di servizi integrati, piuttosto che alla valorizzazione dell'articolazione di appartenenza.

Coerente con le funzioni del Distretto è una connotazione del ruolo del Direttore orientato all'indirizzo e alla verifica dell'assistenza del proprio ambito territoriale, valorizzando le relazioni con il Comitato di Distretto, nell'ambito di una programmazione partecipata e promuovendo e sviluppando la collaborazione con la popolazione e le sue forme associative, per la identificazione delle necessità assistenziali e l'elaborazione dei relativi programmi d'intervento.

### E' responsabilità specifica del Direttore di Distretto:

- governare il processo di allocazione delle risorse tra le diverse linee di servizio garantite dai dipartimenti, orientando la produzione degli stessi verso forme di assistenza integrata, sia tra servizi sanitari, sia tra servizi sanitari e sociali. Tale processo di allocazione deve essere:
  - **progettuale**, contribuendo, per la parte di territorio aziendale di cui è responsabile, alla definizione del budget annuale dei dipartimenti, ivi compresi quelli ospedalieri;
  - **di monitoraggio** dell'adeguatezza della produzione quali-quantitativa e dei consumi, contribuendo alla valutazione dell'attività dei dipartimenti, ivi compresi quelli ospedalieri;
- governare le interfacce tra i dipartimenti e tra i servizi sanitari e sociali al fine di rendere stabili quelle modalità di integrazione che facilitino l'accesso ai servizi, la centralità del paziente e la continuità dell'assistenza in modo che il passaggio tra le diverse istanze dei servizi sia preoccupazione dell'organizzazione e non dell'utenza;
- contribuire, al fine della realizzazione dell'integrazione sociosanitaria, alla concertazione dei criteri e degli obiettivi per l'impiego del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, istituito con l'art. 51 della LR 27/2004, di cui sono titolari gli Enti Locali.

### ***Le relazioni tra il Distretto e i Dipartimenti***

Le diverse funzioni assegnate al distretto e ai dipartimenti rendono necessario delineare in forma generale le relazioni tra essi intercorrenti.

Le funzioni del distretto sono della stessa natura di quelle della Direzione Generale. La negoziazione sugli obiettivi da raggiungere, sulle risorse necessarie e sulle modalità di realizzazione costituisce la relazione principale tra le funzioni di governo aziendale e quelle di produzione, mentre il grado di partecipazione garantito ai professionisti che erogano i servizi per la definizione delle linee di sviluppo costituisce lo stile di governo. La partecipazione a tale definizione, come in altri documenti ribadito, è una necessità non solo per la facilitazione dell'implementazione di ciò che è stato programmato, ma una condizione preliminare della qualità tecnica dei servizi erogati.

L'identica natura della funzione non ne esaurisce la descrizione, ma rende necessario evidenziare la differenza di estensione. Così mentre la Direzione Generale stabilisce il quadro generale di compatibilità e le linee strategiche di direzione, la direzione del Distretto individua le soluzioni locali compatibili con il quadro generale, adeguando il quadro programmatico generale alla specifica situazione del distretto, e in relazione ai bisogni di servizi sanitari e socio-sanitari, e in relazione alle modificazioni auspiccate e realizzabili dell'erogazione dei servizi. Infatti la funzione di governo *indirizza* la gestione esercitata a livello dei dipartimenti orientando le modificazioni possibili, stabilendone le modalità di verifica e di aggiustamento continuo.

Da questo punto di vista la forma organizzativa generale dei Dipartimenti garantisce la distinzione delle funzioni di gestione proprie dei dipartimenti dalla funzione di governo, e le peculiarità dei dipartimenti non ospedalieri (come ad esempio il Nucleo delle Cure Primarie per il Dipartimento delle Cure Primarie) non stabiliscono delle relazioni specifiche e diversificate tra gli stessi e il Distretto.

D'altra parte gli aspetti strategici della nuova organizzazione aziendale ed il carattere gestionale e non puramente funzionale dei dipartimenti mirano ad una maggiore responsabilizzazione degli stessi, non riservandola alle sole garanzie della realizzazione efficiente del piano di produzione, ma anche individuando modalità di corresponsabilizzazione sull'adeguatezza del quadro generale di assistenza definito.

In questa cornice i principali processi organizzativi si articolano secondo le seguenti fasi:

- partecipazione alla programmazione locale, che fa parte della missione del Direttore di Distretto, che cura i rapporti con gli EE.LL. nel Comitato di Distretto,
- negoziazione degli obiettivi e delle risorse tra i Dipartimenti e la Direzione Generale a cui contribuiscono anche i Direttori di Distretto, secondo il principio di collegialità dell'esercizio delle funzioni della Direzione Generale prevista dagli indirizzi per il nuovo atto aziendale;
- gestione della produzione a cura dei Dipartimenti, che hanno la necessaria autonomia nella modulazione interna delle risorse, sulla base dei principi di contestabilità e rendicontazione agli organi di governo.

Per garantire l'integrazione i Dipartimenti territoriali (DSM-DP, DCP e DSP), devono esplicitare le loro organizzazioni, definendo le funzioni svolte in modo specialistico a livello aziendale e quelle svolte su base distrettuale, con particolare riguardo per queste ultime alla individuazione di riferimenti locali per le attività rese e le risorse destinate.

### ***Ruolo e composizione dell'Ufficio di direzione distrettuale (Udd)***

Le funzioni di direzione a rilevante valenza di governo e meno immediatamente gestionali si avvalgono di una modalità di formazione delle decisioni che utilizza le competenze disponibili, sia per salvaguardare le esigenze tecniche connesse alle modalità specifiche di erogazione dei servizi, sia per

facilitare l'implementazione operativa delle decisioni assunte. La direzione di distretto adotta questo stile decisionale, favorendo la partecipazione dei professionisti responsabili dell'assistenza e delle articolazioni organizzative in cui le loro competenze sono utilizzate. Di questa integrazione essa è responsabile, sul piano dello stile di lavoro, e su quello delle sintesi operate tra i diversi punti di vista. I due piani sono diversi: infatti l'adozione di uno stile che facilita e stimola l'integrazione dei diversi punti di vista non è di per sé sufficiente ad assicurare una sintesi unitaria, che è responsabilità ultima del leader dell'organismo collegiale, e che costituisce elemento di valutazione della performance del direttore di distretto.

L'Ufficio di Direzione Distrettuale è la funzione organizzativa dove si progetta e valuta il livello di integrazione definito necessario e auspicabile per l'erogazione dei servizi, si sviluppano le relazioni tra distretto e dipartimenti, e si promuove l'integrazione organizzativa e professionale. La distinzione tra questi due aspetti dell'integrazione non è superflua, come potrebbe apparire qualora, in termini generali, si consideri che in una organizzazione professionale l'integrazione organizzativa consiste in quella garantita dall'armonizzazione degli apporti professionali. Infatti in questo contesto l'integrazione professionale riguarda il ridisegno dei processi assistenziali che si avvale della professionalizzazione di figure che nel precedente disegno avevano un ruolo ancillare, mentre quella organizzativa fa riferimento alla composizione degli apporti assicurati dai diversi dipartimenti.

Dell'Udd si avvale il Direttore di Distretto per l'esercizio della funzione di programmazione e di integrazione dei servizi territoriali. Le sue funzioni prioritarie sono:

- contribuire all'elaborazione dei piani di committenza che esprimono il fabbisogno di assistenza, intesa come lettura dei bisogni della popolazione di riferimento, offerta dei servizi necessari, ed allocazione delle relative risorse umane e finanziarie nell'ambito della pianificazione aziendale, al fine di rispondere alle necessità di servizi della popolazione di quel territorio;
- concorrere alla definizione delle modalità di monitoraggio e verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati nel piano di committenza integrato, secondo criteri di misurazione predefiniti;
- sviluppare azioni idonee all'integrazione professionale ed organizzativa;
- valutare le risultanze della partecipazione, promuovere e presidiare le azioni di miglioramento conseguenti.

Le funzioni generalmente rappresentate nell'Udd sono:

- Direttore di Distretto
- Direttori dei Dipartimenti delle Cure Primarie, Sanità Pubblica e Salute Mentale
- Direttore delle attività socio-sanitarie
- Referente per la medicina generale, secondo quanto indicato nella deliberazione di Giunta Regionale n. 1398/2006 relativa all'Accordo regionale per la disciplina con i medici di medicina generale
- Referente per la Pediatria di libera scelta
- Direzione medica di Presidio
- Uno specialista ambulatoriale interno con funzioni di supporto alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività scelto dall'azienda tra gli specialisti convenzionati che ricoprono un ruolo organizzativo.
- Le Direzioni Infermieristica e Tecnica e dell'Assistenza Farmaceutica, nelle loro articolazioni dipartimentali territoriali, partecipano a tale Ufficio. Le forme della loro partecipazione, ove possibile e coerente con le funzioni dell'Udd, assicurano la sintesi distrettuale delle problematiche relative alle linee di servizio supportate da queste direzioni nei tre dipartimenti territoriali..

Specifiche esigenze locali possono determinare composizioni diverse da quella qui indicata, purché funzionali alla realizzazione degli obiettivi di adeguatezza dell'offerta dei servizi in relazione ai bisogni, di riequilibrio tra i costi per funzioni identiche tra territori diversi, di continuità e coerenza delle pratiche assistenziali e cliniche garantite dalle diverse articolazioni organizzative dei servizi sanitari e sociali.

## PARTE SECONDA - Il Dipartimento delle Cure Primarie (DCP)

### ***L'integrazione organizzativa: struttura e funzioni***

Le cure primarie rappresentano il sistema di cure erogate vicino ai luoghi di vita delle persone (studio del proprio medico, domicilio, strutture ambulatoriali e consultoriali, strutture residenziali) e costituiscono la forma principale di assistenza sanitaria, quella continuativa sulla quale si appoggia e attraverso la quale viene indicata la necessità di assistenza specialistica (anche ospedaliera).

Sono funzionali all'obiettivo di realizzare politiche di salute piuttosto che politiche di servizio:

- l'attribuzione di identità distinte e ben definite alle funzioni di committenza/governo aziendale, propri del Direttore di Distretto e di gestione della produzione, propri del Dipartimento delle Cure Primarie,
- la valorizzazione dei diversi contributi allo svolgimento delle attività,

mentre l'individuazione di efficaci e coerenti modalità di misurazione e rendicontazione delle attività territoriali erogate in relazione alle indicazioni dei Piani di committenza costituisce l'indispensabile strumento di contestabilità dell'attività dei professionisti e delle organizzazioni senza il quale non si dà un servizio pubblico.

Le linee di servizio assicurate dal DCP riguardano: l'assistenza di medicina generale e pediatrica di libera scelta, l'assistenza infermieristica, ostetrica e riabilitativa, l'assistenza specialistica territoriale, farmaceutica, consultoriale, i servizi rivolti alle fasce deboli (anziani, disabili, adolescenti, famiglie multiproblematiche, immigrati). Gli ambiti assistenziali sono qui elencati come linee di servizio che la nuova organizzazione intende garantire come aspetti specifici cui non necessariamente corrispondono forme specifiche di articolazioni organizzative. Qualsiasi infatti siano le strutture organizzative (strutture semplici o complesse, programmi) che le aziende sceglieranno per assicurare le funzioni assistenziali e cliniche, la finalizzazione a cui devono rispondere è quella di non separare i processi decisionali relativi ai servizi erogati, ma di fornire indirizzo e guida agli orientamenti professionali specifici (delle singole professioni e discipline) che sintetizzano obiettivi proposti e raggiunti in modo da salvaguardare la necessaria caratterizzazione tecnica dei diversi campi professionali/disciplinari.

I luoghi della risposta assistenziale sono principalmente il domicilio, lo studio del MMG, le sedi ambulatoriali e consultoriali, le strutture per l'assistenza residenziale e semiresidenziale.

Al fine di delineare un profilo omogeneo sul territorio regionale, vengono fornite indicazioni relativamente alle funzioni e all'organizzazione del Dipartimento delle cure primarie, quale struttura organizzativa che opera in stretta relazione con le articolazioni distrettuali del DSM-DP e del DSP.

Il Dipartimento delle Cure Primarie è il Dipartimento che garantisce l'erogazione dell'assistenza primaria, affidato ad un Direttore di struttura complessa, così come previsto dalla DGR n. 86/2006; ha come organi, oltre al Direttore, il Comitato di dipartimento; è costituito da unità operative/servizi di funzioni assistenziali che nel loro insieme assicurano i servizi di base e il primo accesso, nonché la selezione della casistica che utilizzi appropriatamente i livelli specialistici.

La corrispondenza tra ambiti territoriali del distretto e del DCP, sancita da precedenti regolazioni regionali, viene confermata a livello generale, riservando però la possibilità di operare altre scelte, quando le specifiche condizioni geografiche e demografiche (e quindi di concentrazione dei servizi) assicurino maggiore efficacia ed efficienza alla produzione dei servizi. In questi casi le aziende sottoporranno alla regione le ragioni che orientano verso soluzioni di ambito territoriale del DCP pluridistrettuali, in modo da consentire la verifica di congruità della soluzione individuata con le linee esplicitate nel presente documento.

### ***La dirigenza del DCP***

L'obiettivo di erogare in modo integrato le diverse linee assistenziali sopra elencate sottolinea uno dei cambiamenti maggiori richiesti al personale dirigente (medico e infermieristico) di questo Dipartimento. Infatti l'integrazione organizzativa dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, assieme alla sottolineatura delle caratteristiche professionali di tale integrazione non limita più le competenze di questi dirigenti alla garanzia dell'erogazione delle prestazioni direttamente gestite e al controllo indiretto delle funzioni garantite dal personale convenzionato.

L'integrazione di diverse professionalità caratterizzate anche da contrattualistica significativamente diversa rende necessario lo sviluppo di competenze attinenti alla leadership di gruppi multiprofessionali e multidisciplinari, utilizzando strumenti di costruzione del consenso coerenti ai valori e ai contenuti professionali dei collaboratori. Il processo gestionale deve perciò includere ed appoggiarsi saldamente su quei valori e contenuti, in modo da indirizzare lo sviluppo organizzativo verso forme non gerarchiche, ma di aggiustamento mutuale che garantiscano l'integrazione dei diversi apporti.

Gli strumenti ormai consolidati del governo clinico, come la formazione continua sul campo, a partire dai problemi riscontrati nell'erogazione dei servizi, evidenziati attraverso audit organizzativi e clinico/assistenziali, la strutturazione di valutazioni dei processi clinico/assistenziali sulla base di evidenze oggettive e di apporti soggettivi dei beneficiari dei servizi, devono orientare l'azione gestionale dei dirigenti del Dipartimento delle cure primarie. Gli strumenti gestionali principali di una direzione aderente agli aspetti tecnici dell'assistenza consistono in quelli classici dell'assicurazione della qualità del servizio e della gestione del rischio, favorendo lo sviluppo delle professionalità verso l'integrazione reciproca e abbandonando definitivamente le caratteristiche di burocrazia meccanicistica.

Questo processo di valorizzazione delle competenze di leadership professionale sarà sostenuto congiuntamente dalle singole aziende e dalla regione attraverso la pianificazione e la realizzazione di uno sforzo formativo decisivo per il ridisegno organizzativo delle cure primarie.

In particolare il Direttore del DCP ha le seguenti responsabilità:

- assicurare un ambiente organizzativo che valorizzi lo sviluppo delle relazioni interprofessionali e interdisciplinari in modo che siano centrate sul destinatario dei servizi e basate sulle specifiche competenze professionali;
- perseguire l'appropriatezza e la qualità dei servizi attraverso una progettazione esplicita dei relativi processi di lavoro realizzata favorendo l'assunzione di responsabilità dei professionisti coinvolti e sistematiche modalità di acquisizione del punto di vista degli utenti;
- garantire il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e competenze dei professionisti che operano all'interno e la diffusione dell'informazione e comunicazione interna; l'attenzione alle competenze professionali deve essere coerente con il disegno organizzativo, favorendo setting formativi interprofessionali e centrati sul modo prescelto di garantire i servizi;
- assicurare l'applicazione degli Accordi collettivi con i diversi professionisti, in modo da valorizzarne le opportunità e le indicazioni che vanno verso lo sviluppo dell'assistenza primaria integrata;
- caratterizzare lo stile di direzione con gli strumenti di governo clinico, curando che siano adottati nelle articolazioni organizzative del

dipartimento, assicurando la partecipazione dell'insieme dei professionisti al processo decisionale relativo alle scelte organizzative e gestionali finalizzate al miglioramento della qualità dei servizi e dell'uso delle risorse disponibili;

- assicurare la realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici per la continuità dell'assistenza e individuare soluzioni organizzative tali da rispondere alle necessità assistenziali e alle preferenze delle persone;
- realizzare il programma dipartimentale, definito sulla base degli obiettivi negoziati a livello aziendale.

## **Articolazione interna del DCP**

Il Dipartimento di Cure Primarie assicura le linee di servizio già citate. La modalità organizzativa per l'esercizio di tali funzioni, che devono comunque essere garantite a livello di DCP, inclusa la scelta della specifica struttura (semplice o complessa, ovvero responsabilizzazione sull'individuazione di linee professionali senza responsabilità di struttura), rientra nell'autonomia organizzativa delle Aziende USL.

## **I Nuclei di Cure Primarie: funzioni e ruolo**

### **L'integrazione professionale**

I Nuclei di cure primarie sono le unità organizzative di base del sistema delle cure primarie e costituiscono il luogo privilegiato per perseguire gli obiettivi di continuità assistenziale, integrazione delle attività territoriali, governo clinico in relazione agli obiettivi di salute, miglioramento della qualità assistenziale attraverso linee guida, audit clinico e formazione specifica.

I Nuclei di cure primarie, attraverso l'azione congiunta dei medici di medicina generale (assistenza primaria e continuità assistenziale), pediatri di libera scelta, infermieri, ostetriche, ed in stretta relazione con gli specialisti territoriali, gli operatori sociali e socio assistenziali, rendono possibile lo sviluppo del modello di reti integrate, fondato su un sistema di autonomie e responsabilità, al fine di rispondere alle necessità assistenziali dei cittadini.

Lo stile di lavoro dei NCP è caratterizzato da:

- l'approccio multidimensionale,
- l'integrazione professionale,
- il miglioramento continuo del processo assistenziale,
- l'appropriatezza dell'assistenza.

I NCP operano in aree territoriali omogenee, con caratteristiche geomorfologiche simili, rivolte a una popolazione indicativamente di 15-30000 abitanti. I professionisti che lo compongono operano in forte relazione, privilegiando nei processi di coordinamento gli strumenti che si appoggiano su basi professionali, in modo da individuare soluzioni organizzative e processi centrati sul bisogno del paziente e aderenti agli standard professionali attuali.

Anche il recente Accordo regionale per la disciplina con i medici di medicina generale, secondo quanto indicato nella deliberazione di Giunta Regionale n. 1398/2006, prevede che i NCP siano protagonisti di un'evoluzione che vede il passaggio da NCP funzionali a NCP strutturali, caratterizzati da organizzazione che dia identità e visibilità. L'obiettivo è di caratterizzare i NCP con una sede di riferimento, tenuto conto delle caratteristiche del territorio, al fine di garantire percorsi condivisi per la continuità dell'assistenza. Nella stessa sede saranno assicurati l'accesso per l'assistenza sociale, l'assistenza ostetrica e i servizi di base dei Dipartimenti di Sanità Pubblica e di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

### **I compiti del NCP:**

1. assicurare l'assistenza medica, infermieristica, ostetrica, riabilitativa e farmaceutica di base, rivedendo e valorizzando gli apporti delle diverse professioni e coordinandoli sulla base del bisogno assistenziale e delle evidenze scientifiche,
2. garantire la continuità delle cure, attraverso lo sviluppo della trasmissione e la condivisione delle informazioni sul paziente,
3. produrre servizi sanitari e sociali centrati sul bisogno della persona, tenendo anche conto delle preferenze espresse dalla famiglia, garantendo il facile passaggio agli altri livelli di assistenza,
4. attuare operativamente la mission del DCP, traducendola in obiettivi in grado di orientare il lavoro dei diversi professionisti delle équipes territoriali,
5. organizzare la documentazione della propria attività in modo che sia utilizzabile per leggere i bisogni della comunità di riferimento, nelle sue diverse dimensioni, per essere di supporto alla committenza del distretto e come condizione per definire le priorità di intervento,
6. adeguare le scelte operative di conduzione dei servizi a tali priorità, sulla base della programmazione distrettuale e di quanto definito nel programma del Dipartimento delle cure primarie,
7. ricostruire il sistema dell'offerta secondo i criteri del lavoro per processi in cui ogni professionista sia responsabile della sua parte e flessibilmente faciliti l'integrazione con le altre, prevedendo gli strumenti di monitoraggio opportuni,
8. adeguare le modalità d'accesso alle prestazioni sanitarie in modo che siano sensibili ai diversi gradi di bisogno dell'utenza.

Tali funzioni trovano una sistematizzazione utile ai fini dell'orientamento dell'operato dei professionisti nei singoli nuclei e ai fini della rendicontazione delle relative attività nelle evidenze documentali prodotte dai nuclei che illustrino le politiche adottate dal nucleo relativamente a:

- a) *miglioramento dell'assistenza farmaceutica*, attraverso l'identificazione dei principali problemi di appropriatezza della terapia farmacologica e delle indicazioni adottate dal nucleo;
- b) *contenimento delle liste d'attesa*, attraverso l'analisi e la negoziazione con i dipartimenti che producono prestazioni specialistiche per la definizione di modelli di assistenza e di modalità d'accesso idonee;
- c) *organizzazione dell'assistenza programmata* a particolari fasce di pazienti, come diabetici, in terapia anticoagulante, affetti da scompenso, pazienti in assistenza domiciliare, anche attraverso l'implementazione di servizi ambulatoriali gestiti da personale infermieristico e comunque individuando le modalità di comunicazione e rapporto tra le professionalità che partecipano al Nucleo di Cure Primarie.

### **Il coordinatore del NCP: ruolo e funzioni**

La responsabilità di ogni NCP è affidata ad un **coordinatore**, scelto tra i medici (MMG o PdLS) che compongono il nucleo stesso e dagli stessi individuato, con un ruolo centrale all'interno dell'organizzazione territoriale nello svolgere funzione di interfaccia con il DCP e ricercando la condivisione

tra gli appartenenti al Nucleo.

Tra i compiti principali del coordinatore, secondo quanto previsto nell'Accordo regionale per la disciplina con i medici di medicina generale (DGR n. 1398/2006), pare opportuno richiamare che occorre assicurare coerenza con gli obiettivi ed i progetti assistenziali stabiliti a livello del DCP, facilitando e promuovendo il coinvolgimento e l'integrazione di tutte le figure professionali operanti nel Nucleo.

Tale coinvolgimento ed integrazione, in coerenza con le caratteristiche di leadership professionale che devono avere i ruoli di responsabilità, e con la professionalizzazione dei ruoli infermieristici, saranno realizzati attraverso i coordinamenti infermieristici che gestiranno le relative risorse professionali, a seconda delle dimensioni dei Nuclei e dei servizi disponibili nelle sedi di Nucleo, in relazione a uno o più Nuclei.

In tale ottica partecipa al Comitato di DCP per la definizione degli obiettivi assistenziali, in riferimento alle risorse assegnate e verifica in questa sede il raggiungimento degli stessi.

### **Unità Pediatrica di Cure Primarie**

L'Unità Pediatrica di Cure Primarie è quella funzione che, impiegando professionisti gestiti direttamente, ovvero che sono gestiti da altre articolazioni organizzative, garantisce le cure primarie ai pazienti in età pediatrica. L'approccio è quello di sanità pubblica, attento alle condizioni generali di vita come determinanti dello stato di salute, e viceversa, in grado di utilizzare le informazioni derivanti dall'assistenza individuale per definire, valutare e migliorare gli interventi collettivi. Perciò le linee di servizio garantite saranno di tipo preventivo, diagnostico, terapeutico-assistenziale con particolare attenzione alle situazioni caratterizzate da una maggiore vulnerabilità e con attenzione al contesto di vita, familiare e di comunità. Riunisce, quindi, ed integra le funzioni relative all'assistenza pediatrica di base, svolta nei Nuclei di Cure Primarie, con quelle proprie della pediatria di comunità e consultoriale. E' area di progettazione, di studio ed elaborazione di piani, di integrazione, di stimolo, di condivisione di pratiche.

Le *équipe multiprofessionali* (Pediatri di comunità, Pediatri di libera scelta, Assistenti sanitari/Infermieri ed altre figure professionali localmente individuate), che compongono queste unità definiscono gli strumenti la cui adozione assicura l'appropriatezza clinica e quella organizzativa, nonché l'appropriatezza d'uso delle risorse professionali. Per far questo:

- definiscono orientamenti generali per l'assistenza in età pediatrica coinvolgendo gli eventuali servizi di II e III livello presenti in azienda;
- coerentemente a tali orientamenti contribuiscono alla definizione delle politiche clinico-assistenziali dei Nuclei delle Cure Primarie, che riguardano in prima approssimazione il miglioramento dell'assistenza farmaceutica, la programmazione dell'accesso all'assistenza di secondo livello e la programmazione dell'assistenza ai cronici, specificando le caratteristiche e gli obiettivi di queste linee di servizio ai pazienti in età pediatrica;
- definiscono i rapporti funzionali che assicurano l'integrazione dell'assistenza sanitaria in età pediatrica in modo coerente con la programmazione distrettuale con:
  - le figure professionali dell'area sociale e dei servizi sociali gestiti dai comuni,
  - le istituzioni scolastiche,
  - le associazioni del volontariato;
- definiscono inoltre i rapporti funzionali che assicurano l'integrazione con i servizi assicurati dalla Neuropsichiatria Infantile all'interno del DSM-DP.

### **Il consultorio familiare**

Il consultorio familiare garantisce le cure primarie nell'area della salute sessuale, riproduttiva e psico - relazionale della donna, dei singoli, delle coppie e delle famiglie, con *équipe* multidisciplinari (ostetrica, ginecologo, psicologo, assistente sociale e altre figure professionali localmente individuate) che offrono percorsi preventivi e diagnostico terapeutici integrati con le strutture presenti nel territorio di riferimento, come i dipartimenti territoriali ed ospedalieri e gli Enti Locali.

Tali percorsi saranno articolati utilizzando i contributi dei dipartimenti in dipendenza della diversa composizione dei dipartimenti nelle varie aziende. Tuttavia vanno previste stabili e sistematiche interfacce con il DSM-DP e i dipartimenti ospedalieri che garantiscono l'assistenza all'età pediatrica e alla gravidanza.

Il consultorio familiare è un'articolazione organizzativa del Dipartimento delle Cure Primarie e comprende sia i consultori familiari che strutture dedicate, quali gli Spazi Giovani consultoriali e gli Spazi per le Donne immigrate.

Il consultorio familiare progetta la sua attività a livello distrettuale per percorsi integrati; i professionisti che vi operano pianificano e svolgono le attività preventive ed assistenziali progettando le interazioni e le sinergie con le altre professionalità.

Le attività consultoriali ai vari livelli organizzativi dell'Azienda sono:

- nell'ambito della pianificazione delle attività dei **Nuclei di Cure Primarie**, viene definito il tipo di integrazione con l'attività consultoriale, anche in relazione alla diffusione/concentrazione delle sedi di riferimento dei NCP. Tale integrazione deve assicurare la disponibilità del consultorio al supporto delle attività di prevenzione, informazione, sostegno alle scelte di stili di vita appropriati nei vari momenti della vita riproduttiva. L'individuazione di percorsi che facilitino l'accesso e la presa in carico delle condizioni di bisogno di assistenza più frequenti va resa operativa prevedendo le interfacce adeguate con i NCP e i Dipartimenti Ospedalieri che assicurino la tempestività dell'assistenza e la permanenza della responsabilità delle presa in carico all'interno del DCP. Referente dell'*équipe* consultoriale per i nuclei di cure primarie è l'ostetrica;
- nel **Dipartimento di Cure Primarie**, il Consultorio familiare garantisce tutte le attività distrettuali di sua competenza. Laddove l'individuazione della responsabilità del consultorio sia affidata ad altra figura professionale, è opportuno individuare un coordinamento ostetrico che assicuri unitarietà degli indirizzi di gestione della risorsa professionale. L'organizzazione della funzione valorizzerà l'apporto delle diverse professionalità, facilitando e sostenendo organizzativamente le esperienze di presa in carico nell'ambito dell'assistenza programmata secondo i percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali. Con lo stesso approccio saranno identificate le aree di competenza professionale, oltre che organizzativa e i coordinamenti rivolti a target specifici di popolazione quali gli adolescenti e le donne immigrate.

L'appropriatezza d'uso delle diverse professionalità, lo sviluppo delle loro competenze in relazione a un ridisegno dei processi assistenziali non devono essere estranei al disegno delle procedure di accesso, delle caratteristiche dell'accoglienza e dell'individuazione del percorso più appropriato per il singolo caso. In questo senso l'utilizzazione dei servizi di prenotazione formalizzati non è che un aspetto delle possibili e necessarie revisioni di questi aspetti.

## **Il Punto unico di accesso alle cure domiciliari**

Il Punto Unico d'Accesso (PUA) è il luogo della facilitazione dell'accesso alle cure domiciliari e della continuità delle cure, in quanto è sede di raccolta della domanda di assistenza e di attivazione dei percorsi di presa in carico, punto di riferimento e orientamento per utenti e famiglie, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, operatori sanitari (delle diverse unità operative sia ospedaliere che territoriali), servizi sociali e associazioni di volontariato. Chi vi opera deve essere in grado di orientare i bisogni sanitari e socio-assistenziali degli utenti attraverso la valutazione della domanda al fine di indirizzare la risposta al servizio della rete assistenziale più idoneo.

Le funzioni prioritarie da svolgere in tale ambito sono l'accoglienza, la valutazione della domanda e l'avvio della presa in carico, sulla base della valutazione multidimensionale dei pazienti.

Il Punto Unico d'Accesso va affidato alla gestione di una figura infermieristica, responsabilizzando tali professionisti alla conduzione di questa linea di servizio in pazienti in cui siano note e sufficientemente stabili le condizioni cliniche in modo che gli obiettivi assistenziali siano perseguibili in integrazione coi MMG e i PdLS e siano meglio integrati gli apporti eventuali dell'assistenza non sanitaria.

## **La rete integrata degli sportelli unici distrettuali.**

### **Il sistema CUP.**

La rete integrata di sportelli unici distrettuali risulta dall'insieme di tutti i punti d'accesso presenti in un'area territoriale, tra loro collegati, che condividono il patrimonio informativo e le procedure di front-office e di back-office. E' una modalità organizzativa che garantisce la presa in carico amministrativa del cittadino, attraverso la polifunzionalità degli sportelli e la semplificazione delle procedure.

Al fine di semplificare i percorsi informativi e di orientamento della persona, è stimolata la sperimentazione, in ambito aziendale, di modalità operative di reti integrate di sportelli unici distrettuali a carattere sociosanitario.

In tale contesto si colloca la gestione dell'offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, resa disponibile attraverso una rete di prenotazione afferente al CUP (**Centro Unificato di Prenotazione**), secondo quanto previsto dalla DGR n. 1532/2006 "Piano regionale sul contenimento dei tempi d'attesa", che ha il compito di assicurare al cittadino l'informazione complessiva sull'intera offerta di prestazioni disponibili in ambito provinciale e consente di gestire l'offerta in modo efficiente. Poiché il "sistema CUP" comprende al suo interno soggetti e modalità di accesso alla funzione di prenotazione che possono essere diverse e dipendenti da responsabilità organizzative non sempre uniche, va individuata una funzione che assicuri l'adozione di regole comuni di gestione delle agende, indipendentemente dal produttore cui le agende si riferiscono, supportando i responsabili delle diverse strutture di produzione nell'assicurazione delle caratteristiche di trasparenza, tempestività e relazione al bisogno che deve avere l'accesso all'assistenza specialistica.

## ***Ruolo e funzioni delle professioni sanitarie non mediche nei Dipartimenti di Cure Primarie***

Le modificazioni avvenute in ambito normativo, formativo e contrattuale, sono il presupposto per un significativo cambiamento sia nello sviluppo delle diverse professioni, sia nell'organizzazione dell'assistenza.

Lo scenario attuale è dato da pazienti che presentano bisogni complessi che richiedono interventi differenziati; le modalità assistenziali necessariamente devono tendere ad uno sviluppo integrato delle professionalità attraverso la costruzione di un sistema di relazioni cliniche e organizzative che partendo dal consolidamento della presa in carico della persona, sappia valorizzare il contributo dei diversi professionisti, integrando competenze, conoscenze e abilità specifiche, giungendo a modelli organizzativi sempre più aderenti alle esigenze espresse e/o latenti. Nell'ambito delle cure dedicate ai pazienti con patologie croniche, il tema della presa in carico è sicuramente molto sentito, inteso come la capacità di creare un ambiente terapeutico, seguire nel tempo i problemi, garantire la continuità tra ospedale e territorio, e gestire anche gli aspetti emotivi della relazione nella consapevolezza che essi determinano una parte non secondaria della qualità dell'assistenza, non solo quella percepita. E' ampiamente dimostrato che creare un ambiente che prende formalmente in carico il paziente e i suoi familiari, in cui vengono erogati non solo interventi tecnici, ma anche informazioni, coinvolgimento nell'assistenza, migliora gli esiti, anche per problemi per i quali la medicina, in situazioni estreme, non può più perseguire miglioramenti della qualità di vita.

Il modello organizzativo perciò, e i processi che in esso si svolgono, devono essere disegnati in modo da trarre vantaggio dalle diverse responsabilità professionali correlate ai bisogni assistenziali, dalle loro interazioni, e dall'individuazione, nelle varie fasi, della figura professionale che più opportunamente assicura la sintesi. Mentre per i processi clinici, o per le fasi cliniche di percorsi assistenziali complessi, la figura è certamente medica, le esperienze realizzate in questi anni sottolineano le opportunità connesse all'allargamento di competenze della professione infermieristica, coerentemente al suo più recente statuto.

## **L'assistenza infermieristica nelle cure primarie**

L'assistenza infermieristica nelle cure primarie ha come principale riferimento i problemi prioritari di salute, caratterizzati dalla multidimensionalità riferita in particolare alle malattie croniche e alla pluripatologia.

Per queste caratteristiche l'intervento infermieristico non riguarda solo la valutazione relativa all'individuazione del bisogno di assistenza, ma anche il tipo di risposta necessaria, in quanto agisce in un ambito di bassa specializzazione verticale, tipicamente professionale: infatti tra i pazienti/assistiti, esiste una variabilità di bisogno di assistenza infermieristica che deve trovare la propria traduzione nella capacità di adottare modalità di ragionamento critico finalizzate alla determinazione della natura del bisogno, del grado e dell'intensità dello stesso.

L'assistenza infermieristica nelle cure primarie si esercita in diversi ambiti: residenziali, semiresidenziali, domiciliari e ambulatoriali.

A livello di dipartimento è individuato il Responsabile Infermieristico-Tecnico quale supporto al Direttore di Dipartimento con le seguenti funzioni:

- garantire il governo clinico assistenziale e lo sviluppo dell'evidence based nursing delle cure primarie;
- assicurare la direzione delle risorse umane assegnate alle strutture organizzative sanitarie in linea con i principi di razionalizzazione e appropriatezza e in conformità con quanto previsto dagli istituti contrattuali vigenti, attraverso il coordinamento dei coordinatori/referenti di struttura/u.o./nucleo;
- definire i livelli assistenziali erogabili nelle strutture sanitarie e negoziarne la necessità in sede di budget, nell'ambito della programmazione e della negoziazione di budget;

- promuovere e sviluppare modelli organizzativi assistenziali, a carattere innovativo, attraverso la partecipazione dei professionisti e valorizzandone l'integrazione interprofessionale;
- garantire lo sviluppo degli operatori afferenti al Dipartimento, nell'ambito della propria competenza professionale, attraverso la valutazione del fabbisogno formativo, la definizione dei piani formativi e la gestione dei sistemi premianti;
- definire e sviluppare i modelli di assistenza infermieristica da attuare nei nuclei di cure primarie, nelle residenze e più complessivamente nel dipartimento stesso;
- contribuire all'organizzazione e alla gestione dei percorsi di accesso alle prestazioni e ai servizi;
- garantire la continuità assistenziale attraverso il processo di programmazione e pianificazione.

### **Assistenza infermieristica di nucleo**

Coerentemente con quanto indicato nel paragrafo relativo al coordinatore di nucleo, i coordinamenti infermieristici del Dipartimento di Cure Primarie garantiranno la partecipazione degli infermieri all'attività progettuale, erogativa e di valutazione dei NCP assicurando le seguenti funzioni:

- definizione degli obiettivi di nucleo per l'apporto dato dalla componente infermieristica;
- programmazione e monitoraggio dell'andamento dei progetti assistenziali, dei livelli di integrazione interprofessionali, ai fini anche della rivalutazione delle risorse impiegate;
- definizione del fabbisogno formativo degli operatori sanitari assistenziali in relazione alle prospettive di sviluppo dei servizi garantiti dai nuclei;
- miglioramento delle dinamiche del lavoro di gruppo dei nuclei;
- applicazione e all'implementazione di protocolli assistenziali;
- organizzazione dei processi assistenziali e alla valutazione della loro efficacia, qualità e coerenza con gli obiettivi assistenziali del sistema.

### **L'assistenza ambulatoriale**

Mentre a livello di assistenza infermieristica domiciliare esiste ormai un'esperienza consolidata in regione, l'assistenza infermieristica a livello ambulatoriale dovrà essere progettata e implementata. La funzione infermieristica in ambito ambulatoriale si rivolgerà principalmente:

- a pazienti con patologie croniche, che attraverso la definizione di percorsi clinico assistenziali consenta una presa in carico del paziente in maniera multiprofessionale e la possibilità da parte dell'infermiere di definire un ambito proprio di responsabilità attraverso lo sviluppo in particolare modo della funzione di educazione terapeutica,
- alla valutazione della necessità di presidi ed ausili collegati alla patologia cronica e conseguente attività di addestramento e di educazione ai familiari e al paziente,
- ad attività infermieristiche ambulatoriali.

### **L'assistenza ostetrica**

Gli ambiti di competenza dell'ostetrica riguardano l'area ginecologica, neonatale e ostetrica in cui ci si prende cura della persona da un punto di vista clinico, di supporto, educativo ed informativo.

L'elemento caratterizzante la professione ostetrica è legato alla capacità di attuare una presa in carico globale della donna (nascita, infanzia, adolescenza, maturità, gravidanza, menopausa, terza età) e del bambino prima e dopo la nascita; infatti in ambito ostetrico-neonatale-ginecologico, l'ostetrica si pone come obiettivo ogni intervento volto alla promozione, alla tutela e al mantenimento della salute globale della persona rispetto agli eventi e fenomeni della sfera sessuale/riproduttiva, partecipando inoltre ai programmi di assistenza materna e neonatale.

Tale approccio privilegia pertanto la continuità assistenziale con una presa in carico della persona attraverso la definizione di percorsi assistenziali condivisi anche con altre figure assistenziali.

Nell'organizzazione a rete l'ostetrica del consultorio familiare, quando opera nell'ambito del NCP, diventa punto di riferimento diretto per la donna che riceve o invia direttamente al MMG, crea i collegamenti con i punti specialistici consultoriali, garantisce i percorsi assistenziali raccordando i diversi punti della rete.

Per le problematiche più complesse e le situazioni patologiche l'ostetrica si integra con le altre figure professionali del consultorio familiare per seguire il percorso di cura della donna e/o del bambino.

Al fine di rafforzarne il ruolo è necessario consolidarne la responsabilità professionale come avviene all'interno del percorso di accompagnamento alla nascita nel quale, negli ultimi anni, sono maturate diverse sperimentazioni, per rispondere ai nuovi bisogni esplicitati dalle donne e dalle coppie, che hanno visto un aumento dell'autonomia professionale della figura dell'ostetrica sia nella progettazione che nella realizzazione. Inoltre, l'ostetrica può essere pensata come una figura di collegamento e coordinamento per i casi complessi in cui è necessaria l'integrazione di varie discipline professionali e di diversi servizi.

### **L'assistenza riabilitativa**

Il ruolo dell'assistenza riabilitativa nel contesto della riabilitazione motoria, neuromotoria e del linguaggio, in questi ultimi anni, anche a seguito della formazione universitaria e della formazione complementare, si sta rapidamente modificando in particolare prevedendone un ruolo sempre più attivo anche nell'ambito delle cure primarie.

L'assistenza riabilitativa nelle cure primarie trova pertanto la propria esplicitazione in diversi ambiti: residenziali, semiresidenziali, domiciliari e ambulatoriali.

Come già sottolineato le cure primarie sono un sistema adatto a seguire nel tempo malattie che vanno incontro a ricadute, aggravamenti, disabilità. Si va così delineando, anche per l'assistenza riabilitativa, un approccio che non si esaurisce con il trattamento riabilitativo tradizionale, ma con una modalità assistenziale rivolta alla gestione vera e propria della patologia cronica ingravescente, attraverso la presa in carico per il recupero delle potenzialità della persona.

In tale contesto, non vanno dimenticate due importanti funzioni dell'assistenza riabilitativa che possono essere espresse al meglio in un contesto territoriale, consolidandone la responsabilità professionale: la prima, quella educativa, svolta nei confronti del paziente e della sua famiglia, che permette

da una parte il coinvolgimento attivo dei soggetti nel processo terapeutico e dall'altra favorisce il lavoro di cura della famiglia; la seconda, quella di consulenza, che consente di essere punto di riferimento per la ridefinizione dei setting riabilitativi, le valutazioni abitative e l'utilizzo, la gestione e la sperimentazione degli ausili.

### **I percorsi integrati e gli strumenti di gestione**

L'esistenza di bisogni eterogenei richiede interventi di diversa natura ed intensità assistenziale, in una visione unitaria dei bisogni della persona, del ruolo della famiglia e di tutti coloro che hanno con la persona legami significativi, che deve orientare l'approccio dei servizi attraverso l'integrazione e la personalizzazione delle risposte. Il presupposto fondamentale per assicurare la continuità delle cure e il soddisfacimento di bisogni eterogenei è la realizzazione di percorsi assistenziali integrati.

In questo quadro è necessario adottare strumenti di gestione organizzativi e professionali per strutturare collegamenti espliciti e visibili tra le diverse strutture erogatrici di servizi che insistono sullo stesso territorio e tra gruppi di professionisti erogatori di assistenza, superando le barriere organizzative, professionali ed operative.

La gestione integrata del paziente, in particolare del paziente cronico, richiede, infatti, l'adozione di una logica di processo assistenziale in grado di assicurare la presa in carico e la continuità delle cure, l'adeguatezza degli interventi e la valutazione di efficacia del percorso di cura. Le scelte da operare, pertanto, richiamano una forte attenzione sulla necessità di utilizzare strumenti di gestione e modalità operative che comportano la definizione di protocolli condivisi, con l'identificazione delle équipes di professionisti che assicurano l'assistenza integrata, la definizione e l'attuazione di un piano assistenziale personalizzato. In questo ambito due importanti strumenti di gestione, che possono essere complementari fra loro, sono il disease management e il case management.

Il "disease management" è una strategia assistenziale per le patologie croniche che consiste nell'approccio globale alla malattia attraverso il coordinamento dei vari processi di prevenzione, cura, riabilitazione, counselling, assistenza, erogati nell'ambito di una rete di servizi integrati. Ha lo scopo di migliorare la comunicazione tra i professionisti e il loro coordinamento e di sviluppare interventi educativi e l'attenzione al quadro generale più che agli eventi acuti.

Nella gestione del processo assistenziale del paziente cronico nelle situazioni di particolare complessività, appare più opportuno utilizzare una strategia, quale il "case management", affidando la responsabilità del percorso, sulla base del criterio della prevalenza nell'intervento assistenziale, alle figure professionali: infermiere, ostetrica e terapeuta della riabilitazione, affinché attivi, in relazione ai bisogni del paziente, percorsi assistenziali specifici, derivati dalla valutazione, pianificazione, coordinamento, monitoraggio e in modo da selezionare delle opzioni e dei servizi necessari a soddisfare i bisogni individuali facilitando la collaborazione attiva fra i professionisti afferenti anche ad aree diverse.

### ***Ruolo e composizione del Comitato di Dipartimento***

Il Comitato di Dipartimento è l'organo collegiale di supporto al Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie, con l'obiettivo di realizzare una forma di consultazione e partecipazione dei professionisti; il suo funzionamento è disciplinato da regolamenti aziendali, secondo le modalità previste nella DGR n. 86/2006.

E' presieduto dal Direttore del Dipartimento Cure Primarie ed è composto dai:

- Responsabili delle UO semplici/complesse, ivi compreso il Responsabile aziendale dell'assistenza specialistica ambulatoriale,
- Coordinatori infermieristici/tecnici delle UO,
- Responsabile infermieristico-tecnico del DCP,
- Referente per la medicina generale, secondo quanto indicato nella deliberazione di Giunta Regionale n. 1398/2006, relativa all'Accordo regionale per la disciplina con i medici di medicina generale,
- Referente per pediatri di Libera Scelta,
- Coordinatori dei NCP,

fermo restando che a livello locale potrà essere prevista la partecipazione di altre figure professionali con funzioni di responsabilità specifiche in tale ambito.

Il Comitato di Dipartimento, che assicura la partecipazione dei professionisti ai processi di programmazione delle attività e di definizione dell'assetto organizzativo gestionale, ha le funzioni di:

- allocazione delle risorse sulla base dei percorsi assistenziali integrati di supporto all'attività dei NCP,
- monitoraggio dei livelli di attività assistenziale secondo criteri di efficienza ed efficacia,
- attivazione di percorsi formativi professionali, ivi compresi quelli di sostegno all'integrazione professionale,
- promozione dell'integrazione organizzativa e professionale tra le Unità Operative afferenti al DCP,
- promozione dell'integrazione organizzativa e professionale, tra DCP e Dipartimento di sanità pubblica, DSM-DP, Servizio sociale e Dipartimenti ospedalieri,
- contributo all'elaborazione del programma annuale del dipartimento delle cure primarie, dei relativi obiettivi assistenziali e della verifica del raggiungimento degli stessi.

## PARTE TERZA - Definizione e funzioni del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP)

Lo sviluppo dei servizi di salute mentale ha conosciuto due fasi principali dalla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978 ad oggi:

- una prima fase di deistituzionalizzazione che ha avuto come obiettivo principale la chiusura degli Ospedali psichiatrici ed ha comportato la contestuale attivazione dei Centri di Salute Mentale, dei primi Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, delle strutture intermedie di tipo semiresidenziale. Questa fase comportò anche una scomposizione dell'originario contenitore manicomiale, affidando a servizi specialistici diversi dalla psichiatria funzioni sulle tossicodipendenze, sui minori, sugli anziani etc. Tale fase fu avviata nell'ambito del Primo Piano Sanitario Regionale, e condotta lungo tutto l'arco degli anni '80 fino a potersi considerare definitivamente conclusa nel 1997 con il pieno superamento del residuo manicomiale;
- un secondo momento, centrato sull'istituzione dei Dipartimenti di Salute Mentale, come centro di unità clinica e gestionale, a direzione unica, articolato su più livelli di attività (domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale, ospedaliera) e fortemente votato alla qualificazione degli interventi. Questi momenti sono stati ispirati dai due Progetti Obiettivo Salute Mentale Nazionali e declinati regionalmente all'interno del III Piano Sanitario Regionale 1999-2001, e tramite la delibera di Giunta Regionale n. 759/1998 e la circolare dell'Assessore alla Sanità del 21 marzo 2000. In questa fase, ancora molto centrata sulla psichiatria clinica ed ancora molto poco sull'ottica di salute pubblica propria del concetto di salute mentale, gli aspetti più rilevanti sono stati: l'integrazione della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza nel DSM, lo sviluppo del settore residenziale, la qualificazione degli interventi mediante gli strumenti del miglioramento continuo e dell'accreditamento. Vi sono stati significativi progressi in un percorso di integrazione professionale con i Programmi Dipendenze Patologiche, si è verificato un forte impulso dato all'associazionismo, alle pratiche di auto-mutuo aiuto ed il coinvolgimento degli utenti e familiari nei momenti di programmazione, monitoraggio e verifica delle politiche e dei progetti.

E' ormai matura la consapevolezza della necessità di aprire una terza fase nella storia dei servizi regionali che abbia come obiettivi:

- il consolidamento delle pratiche di presa in carico della popolazione tradizionale costituita dai cittadini con disturbi mentali gravi e persistenti, realizzando risposte ancora più convincenti e comprensive dei vari bisogni di cui sono portatori. Sempre relativamente a questa prima area va allo stesso tempo garantita la realizzazione di un sistema centrato sul cittadino, sia attraverso meccanismi interni alla presa in carico (partecipazione/consenso al proprio piano di trattamento, second opinion etc ), sia attraverso forme organizzate di tutela esterna (advocacy);
- l'allargamento della missione a tutte le aree che contribuiscono alla salute mentale della popolazione, in tutti i suoi aspetti fisici, psicologici e relazionali, di fatto ridisegnando la sua composizione e rinnovando le metodologie di lavoro.

In ragione della assimilazione operatasi storicamente del termine "salute mentale" ai servizi di psichiatria, che ha di fatto attenuato il potenziale onnicomprensivo del termine stesso, deve essere ricercata una nuova denominazione al Dipartimento, nella misura in cui questa si riveli più adatta a significare la reale novità della missione, della visione e delle metodologie di lavoro del Dipartimento stesso. Tenuto conto del tipo di aggregazione di UO che con questo documento viene richiesta si ritiene opportuno denominarlo Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP), in analogia con quanto proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e per meglio esplicitare la coesistenza all'interno dello stesso Dipartimento di metodologie e pratiche differenti.

In questa nuova visione il DSM-DP intende essere la struttura operativa deputata alla organizzazione ed alla produzione delle attività finalizzate:

- alla promozione della salute mentale e del contrasto alle dipendenze patologiche della popolazione di riferimento, secondo una concezione allargata al benessere psicologico, relazionale e sociale;
- alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale, e delle dipendenze patologiche per l'intero arco della vita.

### ***L'articolazione interna del DSM-DP***

Il DSM-DP aggrega le UUOO di:

- Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza (NPIA)
- Psichiatria adulti
- SerT.

L'ingresso dei SerT nei DSM-DP è già avvenuto da tempo nella maggior parte delle AUSL regionali senza particolari problemi di integrazione. Ciò è stato sicuramente facilitato dalla istituzione dei Programmi aziendali Dipendenze Patologiche, che hanno garantito una visione organizzativa facilitante l'integrazione pubblico-privato ed il rapporto con gli Enti Locali. Si ritiene opportuno che tale funzione programmatica nell'ambito delle dipendenze patologiche venga mantenuta, tenendola distinta dalla direzione di Dipartimento ed affidandone l'incarico o un direttore di UO SerT o ad altre figure tecniche di direzione sanitaria o del mondo professionale, in grado di garantire il coordinamento con gli Enti Ausiliari, con gli Enti Locali e la salvaguardia delle specificità metodologiche dell'intervento SerT. La Regione si impegna a costituire nell'ambito del proprio Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri un proprio Programma Dipendenze Patologiche con il compito di coordinare i lavori dei singoli direttori aziendali di programma e di rendere omogenee le loro finalità e metodologie.

La pratica quotidiana rende però sempre più evidente come i bisogni di salute mentale della popolazione siano più ampi e variegati di quelli tradizionalmente coperti dalle UU.OO. di Psichiatria adulti, NPIA e SerT. Si tratta sia di bisogni primariamente di salute mentale (disagio, disturbi psichiatrici minori ecc. ) che di bisogni associati ad altre problematiche di salute (ad esempio nella popolazione con malattie cronico-degenerative, nella popolazione con gravi disabilità psico-fisiche, nella popolazione geriatrica).

Per quanto riguarda i primi, essi devono essere affrontati in una ottica di salute pubblica e di integrazione di tutte le risorse sanitarie e sociali del territorio, valorizzando in particolare il ruolo dei Medici di Medicina Generale nei Nuclei delle Cure Primarie, secondo quanto già predisposto nelle linee orientative elaborate dal "Programma Regionale Leggieri", in collaborazione con gli psicologi e gli psichiatri di riferimento. Per quanto attiene ai secondi è importante affermare che solo una reale presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale può garantire una efficace assistenza ai cittadini con queste patologie. Il DSM-DP è tenuto ad una corresponsabilizzazione nell'elaborazione e realizzazione dei percorsi assistenziali del paziente geriatrico, del paziente con gravi disabilità congenite ed acquisite, ecc.. Ciò potrà prevedere forme diverse a seconda delle realtà locali, da semplici protocolli di collaborazione con UO di altri Dipartimenti, alle istituzioni di UO semplici o complesse direttamente afferenti al DSM-DP (come quelle di handicap mentale o psicogeriatrics, già sperimentate in alcune aziende).

Un discorso particolare merita l'attività di psicologia clinica. Le Aziende devono dotarsi di un modello organizzativo che dia il necessario coordinamento e garantisca appropriatezza. Viste le caratteristiche interdisciplinari e interdipartimentali dell'intervento psicologico nelle Aziende il modello che meglio sembra garantire appropriatezza e qualità è quello del Programma all'interno del DSM-DP o in staff alla Direzione Sanitaria, secondo quanto già sperimentato in alcune aziende. Anche in questo caso la Regione si impegna a costituire presso il Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri un proprio Programma di Psicologia con il compito di coordinare i lavori dei singoli direttori di programma aziendale e di rendere omogenee le loro finalità e metodologie.

L'ampliamento dell'aggregazione tradizionale del DSM-DP includente queste componenti deve risultare qualcosa di più e di diverso della semplice giustapposizione di UO e di pratiche. Le UO SerT, Psicologia Clinica e quelle eventuali afferenti alla disabilità, dovranno conferire al Dipartimento una identità di vera tutela della salute mentale di una popolazione definita. In questa visione trovano posto un'attenzione non solo ai sintomi, ma anche ad altri indicatori di disagio di profilo comportamentale, e pratiche votate alla comunicazione sociale, alla prevenzione, alla promozione della salute, alla inclusione sociale. E' evidente il beneficio che su tutta la popolazione ed in particolare su alcune fasce come quella giovanile, una ottica così aperta e rinnovata potrà comportare.

### ***Integrazione con l'Università***

Nelle sedi in cui è presente l'Università deve essere perseguito l'obiettivo della sua massima integrazione nel Dipartimento, impegnando entrambe le componenti alla realizzazione di Dipartimenti Assistenziali Integrati Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAI-SMDP).

A tal fine occorre richiamare quanto stabilito dall'articolo 9 comma 5 della legge 29/04 che dispone che "la programmazione sanitaria regionale individua le ulteriori sedi nelle quali si realizza la collaborazione tra la regione e le Università, con particolare riguardo alle scuole di specializzazione mediche o ad altre Facoltà. A tal fine il protocollo d'intesa di cui al comma 3 è integrato da specifici accordi stipulati tra la Regione e l'Università interessata, aventi per oggetto la disciplina, in coerenza con la programmazione attuativa locale, delle forme di integrazione delle attività assistenziali con le funzioni di didattica e di ricerca".

Con il presente atto la Regione Emilia-Romagna, nell'esercizio delle proprie funzioni individua nei DSM-DP delle Aziende AUSL di Bologna, Ferrara, Modena e Parma le sedi in cui si realizza la collaborazione tra Università e SSR nell'ambito specifico della salute mentale e delle Dipendenze Patologiche.

Si rende pertanto necessario formalizzare con successivo atto un accordo tra Regione ed Università sulle forme e le modalità di integrazione, le forme di disciplina del personale universitario ed il regime di finanziamento.

A questo seguiranno specifici accordi attuativi locali tra AUSL ed Ateneo che dovranno individuare i principi di funzionamento del DAI-SMDP, le UO coinvolte, l'afferenza al DAI-SMDP del personale universitario, gli impegni finanziari conseguenti e le modalità di attribuzione e revoca degli incarichi all'interno del DAI-SMDP.

Infine regolamenti specifici disciplineranno l'organizzazione interna del DAI-SMDP ed i meccanismi di funzionamento dei suoi organismi (Comitato, Direttore etc.).

L'insieme di questi accordi dovrà garantire:

- l'integrazione di UO a Direzione Universitaria nella assistenza;
- la parità di opportunità tra la componente medica del SSN e quella universitaria nella disciplina dell'organizzazione aziendale e di conseguenza nella partecipazione alle scelte strategiche ed alla vita gestionale del DAI-SMDP attraverso il Comitato di Dipartimento;
- l'integrazione nelle attività di didattica, formazione e ricerca di tutte le UO del DAI-SMDP;

L'Università si impegna, con le modalità previste dal proprio ordinamento, a favorire il processo di evoluzione progressiva degli assetti organizzativi dei Dipartimenti Universitari (DU) in modo di dare attuazione al principio della integrazione degli stessi con i DAI anche attraverso la coerenza delle rispettive articolazioni organizzative.

Tenuto conto che i DSM-DP aggregano le UO di Psichiatria Adulti, Neuropsichiatria Infantile, SerT e, laddove esistenti, di Psicologia Clinica, la composizione dei DU-SMDP dovrebbe rispecchiare questa composizione.

### ***Integrazione con il privato accreditato***

Nelle sedi in cui sono presenti Case di Cura specialistiche private convenzionate deve essere agevolato il percorso già avviato di una piena integrazione delle loro attività nell'offerta del Dipartimento. La programmazione locale dovrà portare ad una piena integrazione dei percorsi tra pubblico e privato accreditato, prevedendo anche forme di partecipazione del privato imprenditoriale e sociale alla vita dipartimentale, come ad esempio la previsione di incontri periodici con il Comitato di Dipartimento e la integrazione nelle attività formative.

### ***Rapporti tra articolazione territoriale e funzionale***

Il DSM-DP è quindi un contenitore nel quale vanno esercitate sintesi complesse in virtù delle quali il cittadino possa ricevere risposte convincenti e qualificate ai propri bisogni, non contraddittorie o frammentate per quanto possano essere rese anche da soggetti diversi. Il Comitato di Dipartimento è l'organo decisionale e strategico del DSM-DP nel quale tali sintesi vanno operate. La sua composizione ed il suo funzionamento sono disciplinati dalla delibera di indirizzo alle Aziende in tema di istituzione dei Dipartimenti. Tenuto conto anche dell'ottica di salute pubblica in cui il DSM-DP si muove

vanno inoltre specificate nella sua organizzazione come vengono garantite funzioni di tipo aziendale (che implicano processi assistenziali molto specializzati (ad es.: le attività di ricovero) e quelle distrettuali (più propriamente di base, di I e II livello), sotto forma di UO semplici e complesse.

E' fondamentale che il modello organizzativo realizzi una matrice efficace nella quale le responsabilità gestionali delle strutture semplici e complesse siano attribuite secondo linee di specializzazione produttiva (ad es.: Sert, NPIA, Emergenza/Urgenza/Ospedalità, attività territoriale, riabilitazione) e incrocino altrettanto efficaci coordinamenti su base distrettuale, esercitati da uno dei professionisti dipendenti delle UU.OO. di quel territorio. Il Direttore del DSM-DP è il garante del rispetto di questa duplice ottica, di specializzazione da un lato e di integrazione distrettuale dall'altro. Nelle Aziende, sede di più distretti, il Direttore del DSM-DP dovrà individuare tra i dirigenti delle UO semplici o complesse di ciascun distretto il referente DSM-DP incaricato di curare l'integrazione intradipartimentale, interdipartimentale ed interistituzionale. Questi lo rappresenterà all'interno dell'Udd ed insieme supporteranno il Direttore del Distretto nelle attività di programmazione, verifica ed integrazione.

Tenuto infine conto della composizione multidisciplinare e multiprofessionale occorrerà rivolgere particolare attenzione allo sviluppo professionale ed alle innovazioni, nell'integrazione delle responsabilità cliniche ed assistenziali. E' evidente infatti che queste profonde trasformazioni nella visione e nella missione del DSM-DP non possano essere realizzate senza una politica di sviluppo professionale che qualifichi e specializzi le competenze cliniche e quelle assistenziali e che identifichi per ciascuna componente gli adeguati ambiti di responsabilità. In particolare devono essere agevolati i percorsi che portano la componente assistenziale alla definizione di una titolarità delle relazioni di cura (case management) o di responsabilità gestionale per quei percorsi o quelle strutture a maggiore priorità assistenziale.

### ***Missione del DSM-DP***

La **missione** del DSM-DP consiste nella tutela della salute mentale e nel contrasto alle dipendenze patologiche di tutta la popolazione, in età evolutiva ed adulta, del proprio bacino territoriale di riferimento. Nel perseguire questa missione il DSM-DP presta la propria attenzione al benessere psichico, fisico e sociale della persona, alla sua sofferenza, ai disagi ed alle sue aspettative, al rispetto della libertà, della dignità e dell'autodeterminazione.

In concreto il DSM-DP declina la propria missione nei seguenti punti:

- concorre a promuovere la salute mentale ed il contrasto alle dipendenze patologiche come aspetto della salute generale in ogni fascia di età, in collaborazione con tutte le altre agenzie sanitarie e sociali del territorio;
- concorre a tutelare i diritti di effettiva cittadinanza delle persone con disagio psichico, disturbo mentale e dipendenze patologiche che rischiano di produrre discriminazioni ed emarginazioni dal tessuto sociale;
- garantisce l'accesso ai servizi del dipartimento favorendo il superamento di ogni forma di pregiudizio o disuguaglianza, e favorendo la crescita di una cultura che elimini ogni forma di discriminazione;
- produce prestazioni e servizi appropriati, qualificati e centrati sulla persona, favorendo la partecipazione dell'utente al proprio piano di trattamento, ed assicurando la unitarietà e continuità degli interventi con un uso razionale delle risorse;
- garantisce alla utenza di riferimento una presa in carico effettiva, comprendente le sfere sanitaria e sociale, provvedendo direttamente alla erogazione delle prestazioni di pertinenza del dipartimento ed organizzando, se necessario, l'integrazione con le prestazioni rese da altre UO od enti;
- garantisce la tutela della salute mentale, la cura dei disturbi mentali e delle dipendenze patologiche per la popolazione afferente agli istituti penitenziari esistenti nel proprio territorio, sulla base degli accordi stipulati con la Direzione del carcere locale e l'Amministrazione penitenziaria regionale;
- concorre, di concerto con gli altri dipartimenti, con le altre agenzie preposte all'assistenza socio-sanitaria, alla presa in carico di ogni cittadino portatore di bisogni sanitari o socio-sanitari, soprattutto di quello portatore di bisogni multipli o appartenente a nuclei familiari o sociali portatori di bisogni multipli;
- valorizza come risorsa dei servizi la partecipazione delle Associazioni degli utenti, dei loro familiari, del volontariato.

## PARTE QUARTA - Il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP)

Il presente documento affronta alcune specificità peculiari della sanità pubblica ed in particolare sintetizza gli orientamenti regionali in tema di sanità pubblica e delinea le risposte ai principali problemi connessi agli interventi di sanità pubblica e all'approccio di popolazione proprio di questi interventi.

L'OMS definisce la Sanità Pubblica come l'insieme degli *"sforzi organizzati della società per sviluppare politiche per la salute pubblica, la prevenzione delle malattie, la promozione della salute e per favorire l'equità sociale nell'ambito di uno sviluppo sostenibile"*.

In questa prospettiva, la pratica della Sanità Pubblica si basa sulla ricerca (ossia l'applicazione delle scienze biologiche, sociali e comportamentali allo studio dei fenomeni della salute nelle popolazioni umane e animali) e sull'azione (l'analisi dei bisogni di salute e l'organizzazione dei servizi e delle iniziative, nonché l'impiego delle risorse, utili a rispondere a quei bisogni).

Praticare la sanità pubblica significa pertanto coordinare azioni ed interventi che hanno un impatto sulla salute della popolazione, anche al di là dell'ambito dei servizi sanitari in senso stretto, ma anche, ovviamente, fornire tutti i servizi sanitari necessari alla promozione della salute, alla prevenzione della malattia, alla riabilitazione fisica, sociale e lavorativa.

Il Piano Sanitario Regionale (PSR) 1999-2001 ha introdotto nuovi concetti in materia di promozione della salute, di trasversalità delle azioni e degli obiettivi tra Enti e servizi, di attività per i Piani per la salute, individuando su tali temi il Dipartimento di Sanità Pubblica quale supporto professionale privilegiato per la Direzione delle Aziende sanitarie.

Pertanto, si può affermare che la sanità pubblica:

- è basata sulla popolazione e parte dai bisogni di questa;
- sostiene un modello di salute globale che richiede un atteggiamento intersettoriale e multidisciplinare;
- richiede una pluralità di metodi e conoscenze appropriate;
- promuove l'empowerment della popolazione e la promozione della salute;
- si estende al di là dei confini tradizionali del settore sanitario e/o pubblico, per comprendere gli sforzi organizzati di tutta la società;
- è basata sul nesso ricerca-osservazione-azione, per influenzare e/o modificare le politiche.

### ***Le nuove prospettive dei Dipartimenti di Sanità pubblica nelle Aziende sanitarie***

I risultati della ricerca dimostrano che i determinanti più potenti della salute devono essere ricercati nelle condizioni sociali, economiche e culturali di una popolazione; la tradizionale visione di sanità pubblica, orientata alla ricerca delle cause biomediche, comportamentali e sociali della malattia, deve essere arricchita da un approccio multisettoriale ai determinanti della salute che tenga conto delle prospettive fisiche, economiche, sociali, culturali e di genere della popolazione e delle disuguaglianze nella salute.

Oltre a queste nuove acquisizioni, sono sopravvenute negli ultimi anni importanti modifiche del contesto e del Servizio sanitario regionale, che richiamano oggi la necessità di un marcato "riorientamento" del ruolo dei Dipartimenti di Sanità pubblica delle Aziende Usl, con particolare riferimento agli obiettivi ed ai contenuti della loro attività, e al conseguente assetto organizzativo.

In uno scenario caratterizzato da valori sociali di riferimento diversi dal passato, dalla crescita di nuovi sistemi di responsabilizzazione e di processi di semplificazione amministrativa e dallo sviluppo, in sanità, della ricerca di pratiche basate su prove di efficacia, si richiama la necessità di una partecipazione più organica dei Dipartimenti ai grandi problemi odierni di sanità pubblica, e di una loro azione più connessa alle realtà distrettuali, nonché più unitaria ed integrata al proprio interno e con gli altri servizi sanitari.

Occorre dunque una "nuova" sanità pubblica, orientata a considerare la natura multifattoriale e multidimensionale della salute, oggi intesa come esito di fattori – i determinanti di salute – in parte modificabili come l'ambiente, i fattori socio-culturali, l'accesso ai servizi, lo stile di vita.

Nel momento in cui la "nuova" sanità pubblica allarga il proprio ambito di interesse e assume come specifico oggetto di intervento la modifica dei comportamenti individuali e collettivi, che costituiscono i determinanti principali dell'epidemiologia contemporanea, ai Dipartimenti di sanità pubblica non deve sfuggire la necessità del coinvolgimento dei vari attori sociali e di una consapevole partecipazione della comunità per la definizione e attuazione di politiche per la salute: per ottenere ciò è necessaria una stretta relazione con le Istituzioni locali e lo sviluppo di capacità di comunicazione con l'intera popolazione di riferimento, per affrontare compiutamente ogni aspetto dei problemi connessi alla programmazione e attuazione degli interventi di sanità pubblica.

In tal senso dunque, i programmi di sanità pubblica e la "visione" di popolazione tipica dei Dipartimenti di Sanità pubblica (la visione collettiva dei problemi, l'epidemiologia, la gestione e la comunicazione del rischio, ecc.) sono strategici per realizzare gli obiettivi di salute affidati alle Aziende sanitarie e configurano uno specifico ruolo dei Dipartimenti di Sanità pubblica nei confronti della Direzione delle Aziende Usl.

Questo scenario comporta alcune questioni di fondo:

- la necessità di sviluppare competenze e capacità professionali su questioni e temi, anche nuovi, di alta complessità; ciò vale per tutte le professionalità, e in particolare le professioni Tecniche della Prevenzione, che dovranno essere valorizzate e coinvolte nei processi di riqualificazione e sviluppo, coerentemente con l'organizzazione complessiva dei Dipartimenti di Sanità pubblica e con gli obiettivi descritti nel presente documento;
- l'impegno di fornire alla comunità locale servizi di vigilanza e controllo efficaci, di elevata professionalità e corrispondenti a standard qualitativi riconosciuti, specie su problemi quali l'igiene e sicurezza sul lavoro e la sicurezza alimentare. Tale attività è evidentemente rivolta anche alla popolazione destinataria delle produzioni locali, in particolare di quelle alimentari, soggette a controlli riconosciuti a livello internazionale;
- il bisogno di dare forte uniformità tecnica ed organizzativa, all'interno dei Dipartimenti di Sanità pubblica, nei processi e nelle risposte;
- la necessità di governare e coordinare azioni preventive svolte anche da altre articolazioni organizzative dell'Azienda;
- la necessità di mettere in atto strategie idonee ad interagire efficacemente con le comunità locali sia, come detto, a livello istituzionale con gli amministratori pubblici per il tramite dei Distretti e delle Direzioni aziendali, sia direttamente nei confronti dei cittadini, e delle forme di aggregazione e rappresentanza, per reclutarli ad un'importante causa collettiva (advocacy) e per rafforzare nella comunità conoscenze, competenze e consapevolezza (empowerment). Ciò naturalmente non mette in discussione il piano del rapporto diretto con l'Autorità sanitaria locale che consiste nell'espletamento delle funzioni di supporto tecnico al Sindaco per l'adozione di atti amministrativi finalizzati alla tutela della salute pubblica.

Da ciò nasce il nuovo ruolo dei Dipartimenti di Sanità pubblica che deve:

- assicurare il proprio contributo al complesso sistema della sanità pubblica, garantendo sia l'esercizio delle funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sui problemi di salute (pertanto sui rischi negli ambienti di vita e di lavoro e sicurezza alimentare) ma anche sui fattori determinanti la salute di una collettività, privilegiando i temi caratterizzati da maggior diffusione, gravità e percezione;
- ricercare in tali ambiti il miglioramento continuo della qualità degli interventi, costruendo e/o partecipando ad alleanze ed integrazioni con tutti i soggetti coinvolti;
- sviluppare interventi per la prevenzione delle malattie croniche: la difficoltà nell'affrontare la malattia cronica ha messo al centro, come ambito d'azione a maggior potenziale di rendimento, la prevenzione di alcune malattie ad alto impatto sulla salute della popolazione (tumori, malattie cardio-vascolari, diabete, obesità), che si attua attraverso interventi sui determinanti ambientali e attraverso la promozione di comportamenti "sani"; ciò comporta, nello stesso tempo, modelli di lavoro interdisciplinari ed interprofessionali nella cura e nella prevenzione.

Pertanto, l'interazione tra servizi di sanità pubblica e gli altri servizi sanitari e l'apporto di una "visione" di sanità pubblica anche all'interno dei processi assistenziali (la valutazione degli esiti in termini di popolazione, i problemi legati alla garanzia di equità nell'accesso, ecc.) sono fondamentali per la realizzazione della missione del Dipartimento di Sanità pubblica.

## ***Le nuove "capacità"***

Dalla nuova mission discendono alcune caratteristiche distintive che il Dipartimento di Sanità pubblica ed i suoi professionisti dovrebbero avere:

- flessibilità;
- competenza professionale;
- capacità di ascolto e orientamento alla partecipazione;
- capacità di lavorare in modo interdisciplinare;
- capacità di comunicazione, di promozione, di azione e di collaborazione.

I Dipartimenti di Sanità pubblica devono essere quindi capaci di:

- assicurare l'unicità organizzativa e culturale della sanità pubblica dell'Azienda;
- valutare i bisogni, identificare i rischi ed affrontare i problemi prioritari di salute con ruoli di promozione, collaborazione e azione, in modo integrato al proprio interno e con gli altri servizi sanitari e sociosanitari;
- migliorare la qualità delle performances professionali, anche attraverso l'utilizzo delle competenze in una rete regionale;
- esercitare il ruolo non più di meri controllori dei "prodotti", ma di valutatori (e, nei casi previsti dalla normativa comunitaria, di "certificatori") dei processi attivati dalle imprese per assicurare qualità e sicurezza;
- scegliere, anche nelle attività tradizionali, pratiche e tecnologie di provata efficacia, compatibilmente con quanto disposto dalle normative di riferimento;
- supportare le Direzioni generali e le Conferenze Territoriali, le Direzioni e i Comitati di Distretto, nella lettura e selezione dei problemi, anche attraverso la predisposizione di profili di salute e collaborando alla definizione di profili di comunità;
- supportare le Aziende sanitarie e le Istituzioni nella valutazione preventiva sull'impatto delle diverse scelte sanitarie, nella valutazione sull'efficacia delle azioni compiute e dei progetti realizzati e nell'analisi delle disuguaglianze, evidenziando priorità ed ipotesi di soluzione ai decisori.

## ***I livelli dell'integrazione***

In merito alle relazioni tra Distretto e Dipartimenti di Sanità Pubblica si richiama quanto indicato nella Parte Prima del presente documento.

Fermi restando i compiti e le competenze gestionali delle direzioni di Dipartimento e delle strutture organizzative aziendali, come specificato nel successivo paragrafo sulla organizzazione dei Dipartimenti di Sanità Pubblica, nella programmazione annuale distrettuale e nella redazione di progetti a valenza interdipartimentale esercita una funzione di coordinamento un interlocutore unitario del Dipartimento di Sanità pubblica che rappresenta, in questo contesto, l'intero dipartimento e ne integra le diverse attività, che fanno comunque riferimento alle Unità Operative per gli aspetti a contenuto tecnico.

Per quanto riguarda il livello della erogazione, la "produzione" delle attività territoriali di sanità pubblica, specifiche o correlate a progetti coinvolgenti altri servizi (quali i dipartimenti cure primarie), attiene alle Unità Operative del Dipartimento di Sanità pubblica che ne garantiscono l'appropriatezza, la qualità e l'uniformità tecnico-professionale secondo gli indirizzi del dipartimento stesso, assicurando l'uso integrato delle risorse in comune.

Va assicurato tuttavia un adeguato raccordo con la Direzione del Distretto, garantendo in particolare un adeguato flusso informativo su quegli aspetti inerenti l'attuazione del piano delle azioni che abbiano rilevanza istituzionale, valenza interdipartimentale e/o particolare impatto sul territorio.

Occorre assicurare, ad esempio, un'informazione tempestiva e adeguata in ordine a problematiche locali rilevanti di sanità pubblica, spesso a carattere d'urgenza, che possono avere un forte impatto sul territorio o sulla collettività (emergenze infettive e alimentari locali, iniziative rilevanti organizzate dal Dipartimento di Sanità pubblica a carattere locale ecc.).

L'interlocutore è il Responsabile dell'Unità Operativa aziendale di riferimento, il quale assicura al Distretto un raccordo qualificato in ordine alle specifiche problematiche ed è dotato di sufficiente autonomia decisionale relativamente alle azioni da svolgere e alle risorse da gestire.

A tale livello appartiene però anche l'erogazione di servizi ed attività integrate con altri Servizi del Distretto: in tal caso, l'interlocutore, come sopra indicato, è il referente unitario della sanità pubblica, per gli aspetti organizzativi, di controllo sui processi e di riorientamento degli obiettivi, fatta salva la titolarità tecnico-specifica propria della singola U.O.

## ***I cambiamenti più rilevanti***

### **Il lavoro su problemi prioritari di salute**

Come già detto, è l'insieme delle problematiche di salute di una popolazione che deve entrare nel panorama culturale degli operatori di sanità pubblica, orientandone le scelte e le prospettive operative.

Tuttavia l'individuazione, la valutazione e la formulazione di strategie e di proposte per la rimozione dei rischi alimentari e negli ambienti di vita e di lavoro

continuano a costituire un ambito fondamentale di intervento dei Dipartimenti di Sanità pubblica. È però necessario che le Aziende Usl orientino gli interventi su questi ambiti in modo più incisivo: in questi settori occorre superare una visione "statica" degli ambiti di intervento, aggiornando costantemente la programmazione sulla base dell'emergere di nuovi problemi in seno alla collettività, tenendo conto della ricerca dell'efficacia e dell'orientamento verso l'utenza.

Temi quali: le politiche di sviluppo dei territori, il nesso tra l'abitare ed il benessere, la sicurezza stradale, l'impatto dei rischi ambientali sulla salute, le malattie infettive emergenti, i nuovi problemi nell'organizzazione del lavoro (l'anziano ed il lavoro, la frammentazione del lavoro e le nuove generazioni di lavoratori, il clima nel mondo del lavoro e la salute ecc.), devono oggi trovare centralità nella programmazione dei Dipartimenti di Sanità pubblica accanto ad una maggior attenzione a temi già oggetto di intervento, quali la sicurezza alimentare, la sicurezza in ambienti di vita e di lavoro, le malattie infettive.

### **I nuovi orientamenti della sicurezza alimentare e della sanità pubblica veterinaria**

Le gravi crisi alimentari di fine secolo hanno determinato la sfiducia del consumatore nella capacità del sistema produttivo e degli organi di controllo di fornire cibi sicuri dal punto di vista sanitario, inducendo il legislatore comunitario a riscrivere la normativa riguardante il settore della sicurezza alimentare. Allo stesso tempo il preoccupante aumento del sovrappeso e dell'obesità, e una sempre maggiore presenza di anziani e di persone con abitudini culturali e alimentari differenti da quelle tradizionali regionali, costringono a scelte preventive differenti e maggiormente mirate alla risoluzione dei problemi della popolazione residente.

In questo ambito, riveste particolare importanza il ruolo svolto dalla Sanità pubblica veterinaria e dal Servizio Igiene alimenti e nutrizione (SIAN).

Nel contesto del Dipartimento di Sanità pubblica la Medicina Veterinaria ha una funzione di grande rilievo non solo nell'impegno a ridurre le malattie degli animali, ma anche a garantire la sicurezza degli alimenti in una prospettiva che associ i concetti di salute alla conoscenza degli ecosistemi.

Nella nuova configurazione dipartimentale occorre mantenere una stretta unitarietà di finalità e metodi per lo sviluppo e il consolidamento di un sistema generale di rintracciabilità dei prodotti, per la prevenzione delle contaminazioni ambientali e tecnologiche degli alimenti e dei mangimi, per contrastare l'insorgenza di fenomeni di antibiotico-resistenza tramite la lotta all'abuso di antibiotici e di farmaci antimicrobici in ambito zootecnico, per il controllo dell'insorgenza delle zoonosi nuove e riemergenti e per la promozione di una nuova modalità di realizzazione del rapporto uomo-animale, che tenga conto della evoluta sensibilità della popolazione.

La rilevanza strategica e l'eccellenza raggiunta nel settore agro-alimentare in Regione Emilia-Romagna, la molteplicità degli interessi e le interconnessioni operative che si realizzano nella Sanità pubblica veterinaria fanno sì che si renda necessaria un'azione di coordinamento certa e visibile per favorire interventi razionali e di filiera.

L'approccio multidisciplinare al problema della salute animale ed umana deve avvalersi delle esperienze già maturate dalla Sanità Pubblica Veterinaria, articolata in settori specialistici e in rete col sistema dei laboratori d'analisi istituzionalmente dedicati alla ricerca in ambito veterinario, e dai SIAN; tale approccio viene garantito dall'organizzazione per Programmi, come di seguito specificato.

### **Il ricorso a tecniche di sanità pubblica basate su prove di efficacia**

È necessario verificare i propri processi e attività per individuare prestazioni o modalità operative in atto a scarsa valenza preventiva e adottare in modo tempestivo pratiche di sanità pubblica ispirate alla EBP in modo compatibile con il quadro normativo.

### **Il governo clinico delle attività di prevenzione**

I Dipartimenti di Sanità pubblica devono definire obiettivi, individuare indicatori, praticare azioni concrete, condurre verifiche e venire valutati all'interno di un sistema diffuso di responsabilità che coinvolge tutti gli operatori, pur differenziato nei ruoli e nei livelli.

I valori di riferimento e gli elementi costitutivi del governo clinico in un Dipartimento di Sanità pubblica e, quindi, anche gli aspetti su cui valutarne l'esercizio, sono sostanzialmente:

- l'orientamento critico e selettivo della programmazione verso i bisogni e le aspettative della popolazione;
- l'appropriatezza delle risposte e la loro efficacia;
- la sicurezza delle pratiche di sanità pubblica;
- la tempestività e la continuità delle risposte;
- l'attenzione alla comunicazione e la trasparenza.

Gli strumenti a supporto sono essenzialmente quelli utilizzati nel mondo clinico:

- il ricorso sistematico alla valutazione di efficacia, all'implementazione di linee guida e alla definizione di percorsi e procedure tecniche ed organizzative;
- la valutazione e la gestione del rischio;
- i processi di standardizzazione ed accreditamento;
- il monitoraggio della performance;
- l'audit;
- l'aggiornamento continuo finalizzato agli obiettivi individuati.

### **L'appropriatezza delle risposte e la loro efficacia**

Il governo clinico in un Dipartimento di Sanità pubblica si esercita anche attraverso il monitoraggio dell'appropriatezza, sia sotto il profilo "clinico" che sotto quello organizzativo.

Attengono all'appropriatezza clinica il controllare se:

- una pratica di sanità pubblica da adottare sia sostenuta da evidenze di efficacia;
- la pratica scelta, alla luce del contesto e delle risorse disponibili, abbia anche buone possibilità di successo nella situazione specifica;
- la pratica scelta in quanto efficace venga applicata correttamente e sortisca i risultati attesi;

- le modalità operative adottate per l'erogazione della prestazioni soddisfano i criteri di appropriatezza organizzativa, con particolare riferimento alla tipologia di professionisti impiegati secondo criteri di competenza, capacità ed efficienza, e di equità nell'accesso alle pratiche di sanità pubblica. In particolare è necessario definire gli ambiti di autonomia e di responsabilità delle professioni Infermieristiche e dei Tecnici della Prevenzione, valorizzandone il ruolo e le competenze professionali.

Strumenti più specifici del governo clinico su questi temi sono il ricorso ai metodi della EBP, le valutazioni di "performance" individuale o di équipe e l'utilizzo di adeguati sistemi di controllo sui processi e sui risultati.

### **Lo sviluppo delle competenze epidemiologiche**

Nell'ambito dei Dipartimenti di Sanità pubblica è necessario lo sviluppo di competenze professionali specifiche in campo epidemiologico, al fine di fornire informazioni per la realizzazione e la valutazione dei programmi di sanità pubblica, ma anche di supportare le altre strutture aziendali e le amministrazioni locali in ordine a:

- analisi dei problemi di salute e individuazione di priorità,
- scelta di soluzioni di intervento idonee per efficacia, sicurezza, fattibilità e accettabilità,
- monitoraggio degli esiti e della qualità dei processi di prevenzione e assistenza.

La competenza epidemiologica viene svolta su diversi livelli, distinguendo tra:

- attività che prevedono la realizzazione di programmi epidemiologici, di sorveglianza, studio, valutazione, che necessitano di una struttura organizzativa consolidata, capace di garantire condizioni operative di qualità e in modo continuo nel tempo (es. gestione di alcuni sistemi informativi, funzioni di documentazione, produzione di report periodici, ecc.). Queste funzioni devono essere garantite in tutti i Dipartimenti di Sanità pubblica e fungere da supporto alle varie attività di pianificazione;
- attività di tipo più specialistico nell'ambito di studi epidemiologici descrittivi o analitici complessi, o che rappresentano competenze qualificate di interesse regionale su una specifica materia (per esempio, infortuni sul lavoro, malattie infettive, disuguaglianze socio-economiche, ecc.); tali attività devono essere svolte in ambito di Area Vasta, anche a supporto specialistico alle singole Aziende sanitarie, tenendo conto delle esperienze maturate e delle specifiche professionalità presenti;
- dovrà infine essere assicurata una funzione di supporto e integrazione a livello regionale, per consentire il pieno funzionamento "a rete" dell'intero sistema regionale di epidemiologia e per garantire il raccordo con altre strutture epidemiologiche, come, ad esempio, l'epidemiologia ambientale di ARPA e il Centro emiliano-romagnolo di epidemiologia veterinaria dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale.

### **Il contributo al governo clinico dell'azienda**

Le Aziende, sulla base delle competenze professionali e delle capacità specifiche presenti e costruite, possono avvalersi dei Dipartimenti di Sanità pubblica, per l'esercizio del governo clinico aziendale, almeno nei seguenti ambiti:

- lettura e valutazione dei problemi principali di salute di una popolazione al fine di formulare proposte di programmazione dell'offerta qualitativa dei servizi;
- partecipazione a processi di valutazione preventiva di impatto tra tecnologie sanitarie diverse, anche in relazione agli aspetti di cautela nel proporre le cure;
- partecipazione a programmi di monitoraggio dei processi assistenziali per valutazioni di appropriatezza e di efficacia;
- collaborazione a valutazioni degli esiti a distanza delle cure, con verifica sulle modifiche indotte nelle condizioni di salute di gruppi di popolazione;
- supporto nella individuazione delle disuguaglianze negli accessi e nei trattamenti e nella formulazione di proposte correttive di equità.

### **Le Aree Vaste regionali ed i poli specialistici di riferimento**

Tale formula aggregativa può essere opportunamente utilizzata nell'ambito della sanità pubblica, per coordinare interventi e progetti per i quali l'ambito aziendale sarebbe troppo ristretto, come, ad esempio, le attività epidemiologiche più complesse.

E' anche opportuno costruire in ambito di Aree Vaste coordinamenti tecnici dei Dipartimenti di Sanità pubblica per problemi: tale funzione non è sostitutiva di quella regionale, ma è orientata o ad affrontare in modo più operativo e localmente caratterizzato i temi di rilievo regionale o a pianificare interventi su problemi trasversali di area (es.: balneazione, allevamenti, temi trasversali all'area costiera ecc.).

L'Area Vasta può costituire anche l'ambito ottimale per l'organizzazione di attività formative rivolte sia agli operatori del Dipartimento di Sanità pubblica sia ad altri soggetti della rete regionale di prevenzione (ARPA, IZS, il Laboratorio di tossicologia dell'Azienda Usl di Modena, ecc.).

Il tema delle Aree Vaste, qui solo accennato relativamente alle possibili integrazioni fra i Dipartimenti di Sanità pubblica delle diverse Aziende Unità sanitarie locali, verrà più compiutamente trattato in un apposito documento.

## **Organizzazione dei Dipartimenti di Sanità pubblica**

Secondo la Direttiva regionale "Linee guida alle Aziende sanitarie per le redazioni degli Atti aziendali", i Dipartimenti di Sanità Pubblica sono organizzati in una Direzione e in strutture organizzative complesse e semplici.

Nei Dipartimenti di Sanità Pubblica sono presenti le seguenti strutture organizzative, la cui articolazione in complesse o semplici è definita a livello aziendale, secondo le caratteristiche del contesto locale:

- Igiene e sanità pubblica,
- Igiene degli alimenti e nutrizione,
- Epidemiologia e comunicazione,
- Medicina dello sport e promozione dell'attività fisica,
- Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro,
- Sicurezza impiantistica-antifortunistica in ambienti di vita e di lavoro (solo in Aziende UsI comprendenti il capoluogo di Provincia),
- Sanità animale,
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche,
- Igiene degli alimenti di origine animale.

Nella formulazione dell'Atto aziendale, i Direttori Generali potranno prevedere in modo motivato la presenza di ulteriori strutture organizzative, tenendo conto di diversi fattori che caratterizzano lo specifico contesto aziendale e soprattutto di eventuali esperienze che si siano efficacemente sviluppate in ambito di Area Vasta.

Nel caso di situazioni particolarmente complesse l'incarico di Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica può essere attribuito ad un dirigente di struttura complessa che svolga questo compito a tempo pieno, anche senza che lo stesso ricopra contemporaneamente le funzioni di Responsabile di una delle strutture organizzative del Dipartimento.

## **I bisogni organizzativi in sanità pubblica**

L'analisi degli obiettivi e delle finalità del Dipartimento di Sanità pubblica ha evidenziato, sulla base di alcune specifiche caratteristiche, la necessità di adottare nella progettazione del nuovo modello organizzativo soluzioni "peculiarì" rispetto al modello degli altri dipartimenti:

- garanzia di governo unitario (principalmente sul piano gestionale, ma anche su quello tecnico-professionale) sugli interventi di vigilanza e controllo e, più in generale, di prevenzione, caratterizzati da forte valenza professionale specialistica;
- forti livelli di integrazione fra strutture organizzative: per di più i temi sui quali è richiesta l'integrazione possono coinvolgere solo specifici settori delle strutture organizzative interessate;
- queste esigenze di integrazione e governo unitario devono essere temperate da livelli di autonomia tecnico-professionale, più elevati su alcuni temi rispondenti a specifiche normative di carattere nazionale ed internazionale;
- garanzia di governo, all'interno delle Aziende sanitarie, su alcuni temi prioritari di sanità pubblica, concernenti più discipline specialistiche del Dipartimento di Sanità pubblica e più aree del Servizio sanitario, dalla prevenzione, alla diagnosi, cura e riabilitazione;
- presenza diffusa sul territorio per dare accessibilità e fruibilità dei servizi, ascolto ai problemi e continuità degli interventi e garantire un rapporto costante con i Comuni, anche attraverso i Distretti.

## **Le possibili risposte ai bisogni organizzativi**

Alla luce di queste considerazioni preliminari scaturiscono alcune scelte organizzative:

- Il Dipartimento di sanità pubblica deve temperare esigenze di specializzazione, competenze professionali ed efficienza organizzativa, tipiche di un'organizzazione per strutture organizzative verticali, con esigenze di integrazione trasversale su programmi complessi, indispensabile per garantire coerenza complessiva e sinergie tra le diverse azioni. Ne consegue che il modello di organizzazione del Dipartimento non può che essere un modello articolato, a matrice, in cui la linea gestionale è quella verticale delle strutture organizzative, mentre le relazioni organizzative orizzontali sono funzionali, di coordinamento, e si sviluppano principalmente a livello distrettuale, come sopra descritto.
- Il Dipartimento di Sanità pubblica è organizzato nelle Strutture Organizzative sopra riportate, di norma a valenza aziendale. I Direttori Generali possono individuare un riferimento unico sovraordinato laddove vi siano più strutture organizzative dello stesso ambito disciplinare, o fra strutture organizzative afferenti alla medesima area di governo professionale;
- Inoltre, i diversi bisogni di governo richiamati ai punti 2,3,4 del paragrafo 3.1, si soddisfano attraverso aggregazioni mirate (Programmi) su problemi prioritari di salute e orientati agli obiettivi strategici di sanità pubblica.

Tali Programmi, a seconda dei temi, possono avere una dimensione esclusivamente interna al Dipartimento di Sanità pubblica, oppure essere trasversali a più dipartimenti.

I Programmi hanno le seguenti caratteristiche:

- mirati su temi di salute prioritari e, pertanto, selezionati e limitati nel numero;
- orientati su temi trasversali coinvolgenti diverse competenze professionali di più strutture organizzative o Dipartimenti;
- finalizzati su obiettivi dichiarati e misurabili, articolati a loro volta in obiettivi specifici ed azioni di norma su base annuale;
- individuati ed esplicitati nei processi di programmazione dell'Azienda, al fine della chiara individuazione delle responsabilità e delle risorse finalizzate, attraverso i percorsi negoziali aziendali;
- diretti da un Responsabile, che risponde al Direttore del Dipartimento di Sanità pubblica del raggiungimento degli obiettivi del Programma ed integra le risorse delle strutture organizzative relativamente agli obiettivi su cui si aggrega il Programma medesimo.

Le Aziende USL istituiscono i seguenti Programmi come forma operativa permanente, con le caratteristiche suddette:

I **Programmi interni** al Dipartimento di Sanità pubblica, diretti dal responsabile di una delle strutture organizzative afferenti a ciascun programma, sono finalizzati alla realizzazione di obiettivi integrati in materia di:

- *sicurezza alimentare;*
- *igiene e sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro.*

Questi programmi assicurano, fra l'altro, l'univocità e tempestività delle risposte in situazioni di emergenza.

Inoltre viene attivato il programma:

- *effetti dell'ambiente sulla salute,*

diretto da un dirigente appartenente ad una delle strutture organizzative interessate del Dipartimento di Sanità Pubblica.

I **Programmi inter-dipartimentali**, alla luce degli strumenti di programmazione regionale, tra cui il Piano regionale della Prevenzione, d'intesa con le Aziende Ospedaliere di riferimento ove presenti, sono finalizzati alla realizzazione di obiettivi integrati inerenti i seguenti temi:

- *screening oncologici*
- *sorveglianza e controllo delle malattie infettive*
- *promozione della salute*

sui quali il Dipartimento di Sanità pubblica assicura un ruolo generale di governo aziendale, oltre a garantire apporti tecnico professionali specifici. Questi programmi sono diretti da un dirigente appartenente alla struttura organizzativa interessata del Dipartimento di Sanità Pubblica.

- *contrasto degli effetti delle disuguaglianze sulla salute*

su cui il Dipartimento di Sanità pubblica garantisce la descrizione e analisi epidemiologica del fenomeno, e organizza le proprie risorse a supporto dei programmi che si occupano di fasce deboli.

Le Aziende possono istituire, in modo limitato, Programmi di durata triennale su altri temi a forte rilevanza locale.

Resta inteso che, in coerenza con l'obiettivo del coinvolgimento dei professionisti nell'ambito del buon funzionamento del SSR, è opportuno che siano utilizzate comunque, al di fuori delle situazioni sopra descritte, le ordinarie forme di integrazione professionale (gruppi di lavoro, gruppi di progetto, ecc.).

### **Composizione del Comitato di dipartimento**

Il Comitato di Dipartimento è l'organo collegiale di supporto al Direttore del Dipartimento di Sanità pubblica, con l'obiettivo di realizzare una forma di consultazione e partecipazione dei professionisti; il suo funzionamento è disciplinato da regolamenti aziendali, secondo le modalità previste nella DGR n. 86/2006.

E' presieduto dal Direttore del Dipartimento Sanità pubblica ed è composto da:

- Responsabili delle strutture organizzative semplici/complesse, e dei Programmi,
- Dirigenti con incarico di alta professionalità,
- Responsabile infermieristico-tecnico del DSP o posizioni organizzative definite a livello aziendale,
- Referenti distrettuali del DSP con funzioni di coordinamento,
- Dirigenti sanitari, medici e veterinari, ed operatori sanitari del comparto, eletti in rappresentanza degli omologhi operanti nelle strutture organizzative del Dipartimento,

fermo restando che a livello locale potrà essere prevista la partecipazione di altre figure professionali con funzioni di responsabilità specifiche in tale ambito.

## Parte Quinta - Organizzazione dei Servizi di Medicina legale

Alla luce delle attuali esigenze del Servizio Sanitario Regionale, della L.R. 29/2004 e della D.G.R. 86/2006, si rende necessaria l'individuazione, in ogni Azienda Sanitaria, di una struttura di Medicina Legale, per le sue peculiarità e stante la necessità, sempre più cogente di promuovere una cultura della sicurezza nei trattamenti sanitari, mediante una ottimale gestione del rischio, in particolare di quello clinico, anche per fronteggiare il grave problema della conflittualità fra cittadini, professionisti della salute e strutture sanitarie.

L'attuazione di tale visione del rischio e della sicurezza presuppone una operatività trasversale in ambito aziendale e l'integrazione con i Dipartimenti, con i Distretti e con la Direzione Aziendale: la collocazione che meglio favorisce l'integrazione con gli altri Servizi/Unità Operative è la posizione in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale (v. in proposito la D.G.R. 86/2006). Ciò consente un approccio adeguato sia per quanto attiene al contenzioso che investe le strutture ospedaliere, sia quelle territoriali, in via incrementale dato il notevole sviluppo che ha l'assistenza domiciliare nella nostra regione.

Le competenze della struttura di Medicina legale sono infatti molteplici ed è necessaria un'unica struttura che accorpi tutte le attività medico-legali, per ben delineare le attività delle singole aree, definire gli assetti organizzativi e razionalizzare l'erogazione delle prestazioni sulla base delle caratteristiche territoriali e della dotazione di personale delle singole Aziende Sanitarie.

### ***Le attività di Medicina legale***

#### **Gestione del rischio**

In riferimento alla gestione del rischio, il tema del governo clinico, in capo al Direttore Sanitario, impone un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza sanitaria e implica la necessità di affrontare in maniera sistemica la gestione del rischio e, di converso, la sicurezza degli ambienti e delle prestazioni, sia per quanto attiene alla salute dei lavoratori, sia di tutti gli utenti dei servizi sanitari. Si tratta quindi di avere un approccio complessivo e globale alla problematica, individuando collaborazioni, integrazioni operative e sinergie che sole consentono di controllare le molteplici fonti di rischio. Si deve altresì attivare un collegamento permanente fra la funzione aziendale delegata alla gestione complessiva del rischio e il Collegio di Direzione, nonché con i Comitati Consultivi Misti e con i Servizi Regionali, titolari di responsabilità di indirizzo o dello sviluppo di programmi attinenti.

#### **Gestione del contenzioso e prevenzione dei conflitti**

Cogestione con gli uffici amministrativi e i servizi sanitari dell'Azienda e con la/e Compagnia/e di Assicurazione/broker. La valutazione medico-legale dei casi di presunta o reale responsabilità professionale sanitaria è condotta sia per gli eventi con risvolti di carattere giudiziario, sia per quelli in cui è in corso una definizione stragiudiziale, in stretta collaborazione con l'ente assicuratore (c.d. cogestione dei sinistri).

Attraverso l'osservatorio medico-legale aziendale e regionale, con il monitoraggio di ogni singolo evento avverso - sia che si tratti di "sinistri" originati da un esposto e/o querela e/o da un'esplicita richiesta di risarcimento, sia di segnalazioni cautelari interne ed esterne o che hanno dato origine a contenziosi giudiziari - si agisce al fine di prevenire la nascita di un contenzioso. Gli elementi acquisiti costituiscono la premessa per un efficace intervento in tema di prevenzione dei conflitti.

Si rammenta che a livello regionale si sta applicando la tecnica della mediazione dei conflitti in ambito sanitario, conseguita a una formazione specifica di alcuni operatori, collegata alla gestione dei casi e del contenzioso.

#### **Attività collegiali**

Commissioni di accertamento dello stato di invalidità civile, cecità, sordità, handicap, collocamento mirato al lavoro delle persone disabili; Collegio medico per la valutazione dell'idoneità alle mansioni e dell'inabilità permanente e assoluta a qualsiasi lavoro proficuo di pubblici dipendenti, accertamento della dipendenza da causa di servizio, Commissione Medica locale per le patenti di guida, Collegio medico di ricorso per l'idoneità al porto d'armi-licenza di caccia.

#### **Attività varie**

**Attività ambulatoriali** (certificazioni medico-legali), **consulenze specialistiche** (in materia di consenso informato, obbligo di denuncia di reato all'Autorità giudiziaria, trattamenti sanitari obbligatori, ecc.), **pareri medico-legali** (congedi straordinari, astensione dal lavoro per gravi patologie, ecc), **partecipazione ai comitati etici, istruttoria e attività relative agli adempimenti di cui alla l. 210/92 e s.m.i.**, posto anche che un notevole numero di esse sfocia in un contenzioso giudiziario con richiesta di risarcimento del danno biologico.

Fra le attività medico-legali di particolare rilievo, su espressa richiesta del Tribunale per i Minorenni di Bologna (che ha competenza regionale), si è messa a punto - in collaborazione con l'Assessorato Politiche Sociali - una procedura per la valutazione dell'idoneità psicofisica delle coppie all'**adozione** nazionale e internazionale, da effettuare in maniera integrata con le équipes psicosociali da parte del medico legale.

#### **Accertamenti necroscopici**

Coordinamento dei medici necroscopi e delle visite necroscopiche, esecuzione o supervisione dei riscontri diagnostici, partecipazione al collegio medico per l'accertamento della morte, risoluzione di ogni altra problematica medico-legale connessa all'applicazione del regolamento nazionale di polizia mortuaria e delle norme regionali.

Come si evince chiaramente dalla molteplicità e dalla natura specialistica delle attività sopra elencate, allo stato attuale pare opportuno che esse siano coordinate da un'unica struttura di Medicina legale, in posizione di staff alla Direzione Sanitaria Aziendale, che garantisce la corretta integrazione

multiprofessionale e multidisciplinare.

### ***Le azioni organizzative***

Le strutture di Medicina legale devono avere valenza aziendale o, eventualmente, interaziendale fra Azienda Usl e Azienda Ospedaliera o Ospedaliera-Universitaria dello stesso ambito territoriale. Possono essere previsti coordinamenti tecnici, o altre forme di integrazione, per Area Vasta.

Per quanto attiene ai punti di erogazione delle prestazioni ambulatoriali, si ritiene opportuno collocarli di norma presso le sedi distrettuali, e comunque secondo modalità che favoriscano l'accesso; le strutture di Medicina legale potranno avvalersi per tali attività, se necessario, di professionisti che operano presso altri Dipartimenti. I Direttori di Distretto, committenti dell'attività certificativa medico-legale, saranno il punto di riferimento per la modulazione dell'attività sulla scorta delle esigenze della popolazione, in maniera da ridurre il più possibile i tempi di attesa delle prestazioni e da ridurre gli sprechi.

Le attività certificative medico-legali, collegiali e individuali, potranno così trovare un adeguato supporto amministrativo e sanitario polispecialistico, nonché da parte degli operatori sociali, oltre alla possibilità di riorganizzare e di razionalizzare le attività (possibilità di utilizzare i CUP, o altri sistemi informatizzati, per le prenotazioni, migliorando la qualità dei servizi per i cittadini e ottimizzando l'impiego di risorse umane e materiali parametrando al reale fabbisogno, programmando l'attività in base alle richieste).

La razionalizzazione delle risorse, ma la contestuale professionalizzazione delle stesse, attraverso la formazione continua sul campo e la specializzazione, consentirà di fornire prestazioni maggiormente qualificate alla cittadinanza, sempre più consapevole dei propri diritti e carica di problematiche sempre più complesse, che richiedono spesso soluzioni da individuare volta per volta.

E' inoltre necessario provvedere alla messa a punto di protocolli operativi, concordati e condivisi, in tutti gli ambiti di attività, da applicare uniformemente sul territorio regionale. Per quanto attiene alle attività collegiali (Commissioni di accertamento dello stato di invalidità civile, cecità, sordità, handicap e collocamento al lavoro delle persone disabili, dipendenza da causa di servizio, ecc), devono essere previsti percorsi integrati con gli altri servizi aziendali e territoriali per favorire la prevenzione di patologie croniche (ad esempio le patologie alcol-correlate, grazie alla presenza dello specialista alcolologo in seno alla CML, come da disposto dell'art. 6 della L. 125/2001) e meglio tutelare le c.d. fasce deboli e vulnerabili, nonché semplificare l'iter per il riconoscimento dei diritti; per quanto attiene all'attività di supporto alla gestione del rischio clinico nelle Aziende Sanitarie della regione, occorrerà cogestire il contenzioso unitamente alle Compagnie di Assicurazione e/o ai broker e facilitare la tempestiva risoluzione stragiudiziale delle vertenze ogniqualvolta possibile (mediazione dei conflitti in ambito sanitario e prevenzione degli stessi per il futuro).