



Formez PA



CIRPA

Centro Interdipartimentale per la ricerca in Diritto,
Economia e Management della Pubblica Amministrazione

***Corso di Formazione manageriale per i Direttori Sanitari Aziendali ed i Direttori di Unità
Organizzativa Complessa di Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale***

***La riorganizzazione dell'assistenza territoriale per la cronicità secondo i
principi della clinical governance nel Distretto 35 dell'Asl Na 2 Nord***

Autore

Tutor

dott.ssa Monica Vanni
Direttore Distretto Sanitario n. 35
Asl Na 2 Nord

dott.ssa Stefania De Simone

Anno 2019

INTRODUZIONE

La riorganizzazione sistematica e qualificata della medicina del territorio, quale livello di assistenza in sintonia con le attese e i bisogni dei cittadini, richiede di abbandonare la visione ospedalocentrica, che ancora oggi contraddistingue la sanità campana, realizzando un Distretto Sanitario forte, in grado di essere leader assistenziale, specialmente nelle aree della cronicità, della fragilità e della non autosufficienza.

Il Distretto Sanitario deve infatti rappresentare il luogo privilegiato per lo sviluppo ed il coordinamento delle reti e del lavoro integrato in team, per l'adozione di percorsi di cura ed assistenza in integrazione e continuità tra di loro (servizi sociali - servizi sociosanitari – servizi sanitari territoriali e servizi sanitari ospedalieri) nell'ottica della presa in carico globale del cittadino e della attivazione di risposte calibrate sul reale bisogno di salute, spostando l'attenzione dalla malattia alla persona e sviluppando l'approccio del “prendersi cura” e della “personalizzazione degli interventi”. Nel nuovo assetto della sanità campana, il Piano Regionale di Programmazione della rete dell'Assistenza Territoriale (DCA n. 99 del 26 settembre 2016) prevede che il fulcro centrale dei processi assistenziali sia rappresentato dal Distretto Sanitario che dovrà assumere un ruolo cardine nella conoscenza del reale bisogno di salute della popolazione di riferimento, nel facilitare l'integrazione e il collegamento con gli ulteriori nodi della rete, ma soprattutto una forte centralità nel sistema organizzativo dell'Assistenza Territoriale con responsabilità di governo della domanda (ruolo di committenza) e gestione dei servizi sanitari territoriali interni e accreditati (ruolo di produzione) .

Al fine di onorare il proprio ruolo il Distretto Sanitario campano dovrà essere in grado di adottare a pieno il “paradigma dell'iniziativa” ovvero quel modello di assistenza orientato alla promozione attiva della salute e al rafforzamento delle risorse personali (il paziente diventa co-artefice del processo di cura), familiari e sociali, lasciando al solo ospedale l'adozione del “paradigma dell'attesa”, ovvero quel modello di assistenza ad elevata standardizzazione ed intensività che si attiva in presenza di un nuovo evento.

Diversi studi hanno ormai dimostrato che i sistemi sanitari maggiormente orientati sull'assistenza territoriale assicurano *outcomes* di salute e livelli di equità nell'accesso alle cure superiori ai sistemi che privilegiano il *setting* ospedaliero e, aspetto non trascurabile, con maggiore soddisfazione dell'utente e costi più contenuti.

Appare, pertanto, non ulteriormente rinviabile rimodulare l'offerta assistenziale territoriale sviluppando nuovi modelli organizzativi delle *Cure Primarie* (termine mutuato dal sistema anglosassone delle *Primary Cares*) che siano in grado di transitare dalla frammentarietà degli interventi alla globalità dell'approccio superando l'attuale modalità operativa individuale e autoreferenziale dei vari professionisti e ampliando l'assistenza domiciliare e la possibilità delle cure intermedie.

A richiedere tale cambiamento non è soltanto la ricerca della sostenibilità economica, ma sono i mutati scenari epidemiologici e demografici degli ultimi 20 anni: le malattie croniche, che aumentano proporzionalmente all'aumento della popolazione anziana, rappresentano l'80% di tutte le patologie e assorbono il 70% delle risorse. Questo richiede di riallocare in maniera appropriata la centralità del Distretto e quella dell'Ospedale nei rispettivi ambiti di cura, lasciando al Territorio la gestione delle aree del post-acuto, della cronicità, della fragilità e della non-autosufficienza e consentire all'Ospedale di perdere le attuali caratteristiche “generaliste” e di diventare sempre più specializzato e tecnologicamente dotato per la cura delle acuzie, delle urgenze e delle emergenze.

ANALISI DELL'AMBIENTE ESTERNO

L'inversione della piramide demografica ed il mutato scenario epidemiologico impongono da tempo di riorganizzare l'assistenza territoriale, ovvero il primo livello di contatto della persona, della famiglia e dell'intera comunità con il Servizio Sanitario Regionale.

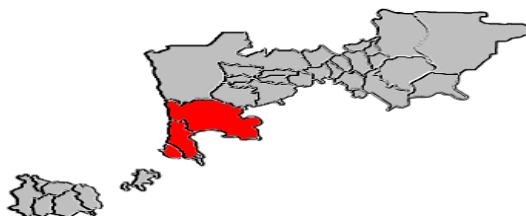
Negli ultimi 20 anni l'aumento della popolazione anziana anche in Campania ha determinato un incremento delle malattie croniche e invalidanti, delle poli- patologie e della non autosufficienza; a tale cambiamento del quadro nosologico generale si è affiancato il continuo progresso in campo tecnologico e terapeutico, il variare del contesto sociale di riferimento ed il crescente assorbimento di risorse in campo sanitario. L'insieme di questi fenomeni ha determinato da un lato una crescita inarrestabile del consumo di risorse economiche in sanità senza un corrispettivo incremento del livello di salute dei cittadini campani, dall'altro la sempre più inderogabile necessità di assicurare livelli di appropriatezza, declinati in contesti di cure e setting assistenziali adeguati, finalizzati all'erogazione di un'assistenza di qualità, capace anche di aver riguardo al contenimento della spesa. La centralità dell'assistenza ospedaliera può essere finalmente riposizionata in un contesto culturale che rivaluta la necessità di riequilibrare l'offerta sul fronte territoriale che, dunque, deve necessariamente essere riorganizzato, senza perdere di vista l'indispensabile rapporto di integrazione che deve continuare a realizzarsi con l'assistenza ospedaliera.

Fa da contraltare a questo riequilibrio verso l'ospedale, la forte progressione in integrazione, nell'ambito sanitario, della quota sociale: le relazioni con l'Ente Locale sono diventate strutturali, quotidiane, tese a superare la frattura assistenziale nelle tematiche complesse, in cui non può essere francamente individuato il limite tra il bisogno sanitario e quello socio- assistenziale.

È previsto dunque un nuovo "Territorio" che si dipana tra Ospedale e Comune/Municipalità che deve trovare moderni modelli di organizzazione per dare risposte efficaci ad una domanda sempre più complessa e specialistica, su fronti di cure impegnative ed innovative, per rendere attiva una sanità di prossimità, di domiciliarizzazione, di umanizzazione e di personalizzazione delle Cure.

ANALISI DELL'AMBIENTE INTERNO

Il Distretto 35 dell'Asl Na 2 Nord abbraccia ed opera sui territori dei Comuni della zona costiera dei Campi Flegrei e precisamente di Pozzuoli, di Bacoli e di Monte di Procida.



I Campi Flegrei rappresentano uno dei territori più ricchi della Regione Campania, un sistema territoriale fortemente integrato dove convivono risorse naturali, culturali, storiche e archeologiche, con una naturale vocazione per lo sviluppo turistico.

Dopo un lungo periodo di industrializzazione, prima, di abbandono, poi, in questi ultimi anni è cresciuta l'attenzione verso la salvaguardia del territorio e allo stesso tempo si è assistito all'incremento delle attività economiche legate al turismo.

La superficie territoriale complessiva sulla quale si estende la sua attività è pari a 60,20 Km².

All'interno di questo territorio, così configurato, opera il Distretto Sanitario n. 35 corrispondente all'Ambito territoriale N12. Esso si articola in un Presidio centrale con sede in Pozzuoli e due Presidi dislocati con sede a Monteruscello e a Bacoli.

La popolazione complessiva interessata e residente sui territori dei Comuni sopra indicati risulta essere alla data del 1 gennaio 2017 pari a n. 121.107.

La popolazione anziana degli >65enni rappresenta il 18% della popolazione di riferimento del Distretto 35. Questo dato è il più alto tra quelli di tutti gli altri Distretti dell'Asl Napoli 2 Nord, nei quali la presenza degli ultrasessantacinquenni si attesta mediamente al 14%. Anche l'indice di vecchiaia è tra i più alti: 130 una media complessiva dell'81,8. L'indice di vecchiaia rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero di >65enni e il numero dei giovani fino a 14 anni. Questo significa che nel territorio del Distretto 35 nel 2017 si contavano 130 anziani ogni 100 giovani. Il numero di anziani, nello stesso anno, superava quello dei giovani fino a 14 anni.

Di contro, l'indice di natalità (numero medio di nascite ogni 1000 abitanti) è il più basso in assoluto: 7,6 contro una media Asl del 9,94. Il saldo naturale, ossia la differenza tra il numero dei nati vivi e il numero dei morti, nell'anno 2016, è stato pari a 0.

Se, a quanto rilevato finora, si aggiunge qualche altra osservazione:

- che la percentuale dei soggetti ricadenti nella fascia di età 50-64 anni è anch'essa di qualche punto più alto della media (21% vs 19% dell'intera Asl)
- che, quindi, la popolazione di >50enni rappresenta circa il 40% della popolazione residente,

è abbastanza facile dedurre quali sono le fasce di popolazione che hanno il maggiore "peso" nell'orientare le azioni previste dal Programma delle Attività Territoriali (PAT) distrettuale che ha tra gli obiettivi primari:

- ✓ la prevenzione primaria (screening oncologici e vaccinazioni) e l'educazione alla salute;
- ✓ l'implementazione della rete assistenziale territoriale ivi compresa la continuità ospedale-territorio;
- ✓ la valutazione multidimensionale del bisogno complesso sanitario e sociosanitario e di quello riabilitativo finalizzati all'appropriatezza della definizione degli ambiti di cura;
- ✓ l'appropriatezza prescrittiva diagnostica, farmaceutica, specialistica e riabilitativa.

RETE E CLINICAL GOVERNANCE

Il Distretto Sanitario con la rete della Medicina Generale, i Dipartimenti territoriali di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche, la UOC Integrazione Socio-sanitaria e i Comuni configurano il complesso sistema delle Cure Primarie, fondamentale trait d'union tra il cittadino e il SSR che si occupa sostanzialmente della presa in carico della fragilità, della non autosufficienza, della disabilità, ma soprattutto delle malattie croniche che oggi rappresentano oltre l'80% di tutte le patologie ed assorbono più del 70% delle risorse in campo sanitario. Oggi (più che mai in una regione come la nostra ancora alle prese con il piano di rientro), è ritenuta indispensabile una riorganizzazione della Medicina Territoriale nei termini della *clinical governance* (ig.1) che, dovendo coniugare il miglioramento dell'efficacia clinica con l'efficienza (uso appropriato delle risorse), si attua attraverso due principi cardine:

1. **“Integrazione”** organizzativa e professionale che si realizza attraverso:
 - il raccordo operativo dei Servizi distrettuali con gli altri settori dell'assistenza territoriale (Medicina Generale, Dipartimenti, Ospedale, Comuni)
 - la presa in carico del bisogno complesso in team (equipe multiprofessionali e multidisciplinari);
2. **“Appropriatezza”** prescrittiva che si realizza attraverso l'applicazione di protocolli, linee guida, PDTA.

Entrambi i principi sono finalizzati a una migliore presa in carico del paziente mediante la corretta individuazione del *setting* di cura. Ciò determina, a cascata, un uso appropriato delle risorse, comprese quelle economiche.

Il fine ultimo del governo clinico, infatti, è la **personalizzazione delle cure**, il controllo della spesa ne è soltanto l'auspicata conseguenza.

Fig.1



PROPOSTA PROGETTUALE

Obiettivo generale n. 1: Implementare i raggruppamenti della Medicina Generale e monitorare gli obiettivi contrattuali

L'appropriatezza nell'uso delle risorse è l'unica strada percorribile per cogliere l'obiettivo della sostenibilità ed il soddisfacimento dei bisogni. Per perseguire questo obiettivo occorre spostare la cura delle patologie, in particolare quelle croniche, dall'ospedale al territorio.

La rete della Medicina Generale, che dell'assistenza territoriale è la parte determinante, deve essere inserita, dunque, al centro del Servizio Sanitario. Deve contribuire ad aumentare i livelli d'integrazione con i professionisti sia territoriali che ospedalieri, elaborare e far propri gli obiettivi sia professionali che economici dell'Azienda Sanitaria d'appartenenza e diminuire la sua variabilità professionale. Deve, dunque, partecipare al governo clinico.

Le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) sono definite all'interno del DCA/99 come forme aggregative monoprofessionali della Medicina Generale che, pur salvaguardando il rapporto fiduciario medico-paziente, sostituiranno l'unità elementare di erogazione delle prestazioni mediche a livello territoriale che attualmente si identifica con il medico singolo. Si propongono come strumenti operativi per la realizzazione di una nuova assistenza territoriale integrata, multidisciplinare, potenziata, "di iniziativa", per la gestione della cronicità che va dalla promozione dei corretti stili di vita presso la popolazione di riferimento alla riduzione dei tassi di ricovero e degli accessi impropri al P.S.

Tuttavia, più che come forme aggregative di tipo operativo/erogativo, le AFT si profilano interessanti sotto l'aspetto "funzionale": i professionisti che vi partecipano, maggiormente responsabilizzati e coinvolti rispetto agli obiettivi delle Aziende, condividono in forma strutturata obiettivi, percorsi assistenziali (PDTA), linee guida, protocolli, audit, e strumenti valutativi analoghi, volti ad accertare l'efficacia delle azioni intraprese per correggerle e riorientarle.

La finalità principale è garantire l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi con particolare riferimento alla gestione integrata della cronicità, sia attraverso l'integrazione tra le componenti della medicina convenzionata (compresa quella specialistica), sia attraverso l'integrazione tra questa e la rete distrettuale e quella ospedaliera.

Le AFT sono funzionalmente collegate alla UCCP (Unità Complessa di Cure Primarie) che, a differenza della prima, è una aggregazione strutturale multi-professionale di cui fanno parte i Medici di Medicina Generale insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi che opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento che possa rappresentare una sede riconoscibile per le necessità assistenziali dei cittadini per tutto l'arco della giornata per le problematiche sanitarie non acute, ma al contempo non differibili.

Obiettivo Specifico 1: Realizzare n. 4 AFT (1/30.000 ab) sul territorio di riferimento		
Azioni	Indicatore	Risultato atteso
Almeno 3 incontri annui in UCAD con MMG/PLS per l'attivazione delle AFT e di 1 UCCP	N. MMG in AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) rispetto al totale dei MMG	100% di MMG in AFT
Obiettivo specifico 2: Migliorare l'adesione ai programmi e incrementare le coperture vaccinali nei bambini e nei soggetti adulti a rischio		
Azioni	Indicatore	Risultato atteso
Almeno 3 incontri annui in UCAD con MMG/PLS per il monitoraggio dei tassi di copertura	Rapporto tra n. di soggetti vaccinati e numero di soggetti rientranti nella fascia da vaccinare	Raggiungimento dell'immunità di gregge (95% di bambini vaccinati nella coorte di riferimento per esavalente e MPR). Almeno 60% di soggetti >65enni vaccinati per l'influenza.
Obiettivo specifico 3: Migliorare l'adesione ai programmi di screening oncologico e incrementare il numero dei soggetti eleggibili testati		
Azioni	Indicatore	Risultato atteso
Almeno 3 incontri annui in UCAD con MMG per organizzazione delle attività e monitoraggio dei tassi di adesione	N. di persone che ha effettuato test di screening di 1° livello in rapporto alla popolazione di riferimento	Raggiungimento di almeno l'80% dell'obiettivo fissato dal Ministero per ogni singolo programma di screening
Obiettivo 4: Ricondurre la non autosufficienza in ambiti di cura appropriati in relazione al bisogno monitorato in UCAD		
Azioni	Indicatore	Risultato atteso
Almeno 2 incontri annui in UCAD per monitoraggio ADP, ADI, schede gerontologiche	N. dei soggetti anziani non autosufficienti presi in carico in ambiti di cura appropriati/n. anziani non autosufficienti il cui bisogno è monitorato in UCAD	80% dei soggetti anziani non autosufficienti presi in carico in ambiti di cura appropriati
Obiettivo 5: Verifica dell'appropriatezza prescrittiva e contenimento della spesa farmaceutica (DCA 66/2016) e della spesa specialistica		
Azioni	Indicatore	Risultato atteso
Almeno 4 incontri annui in UCAD con MMG/PLS e Specialisti per il monitoraggio delle indicazioni e della spesa e per la condivisione di programmi formativi/informativi finalizzati a riorientare l'azione	% di scostamento dal budget assegnato ai MMG/PLS per l'assistenza farmaceutica convenzionata	Mantenimento/riduzione della % di scostamento dal budget assegnato ai MMG/PLS per l'assistenza farmaceutica convenzionata
Durata del programma: 24 mesi		

Obiettivo generale n. 2: Completa applicazione del concetto di multi-professionalità per garantire l'accesso ai servizi/prestazioni sociosanitarie, riabilitative e di assistenza domiciliare integrata attraverso la valutazione del bisogno e la definizione di Piani Assistenziali/Riabilitativi Individuali (PAI/PRI) in Unità di Valutazione Integrata/Bisogno Riabilitativo (UVI/UVBR)

L'aumento delle patologie croniche, come si è visto, sta ormai assumendo un ruolo rilevante di impatto sia sanitario che sociale; infatti le esigenze di assistenza per la tipologia di pazienti che ne sono affetti scaturiscono non solo dalle specifiche condizioni cliniche ma, anche, dalle condizioni familiari e socio-ambientali. Il Distretto pertanto deve garantire l'integrazione delle risposte assistenziali erogate in ambito sanitario con le risposte erogate in ambito sociale garantendo percorsi di accoglienza, prima valutazione, valutazione funzionale multiprofessionale e multidisciplinare con la definizione di Progetti Assistenziali/Progetti Riabilitativi Individuali (PAI/PRI).

L'equipe multidisciplinare di valutazione integrata o di valutazione del bisogno riabilitativo (UVI/UVBR) è responsabile dell'identificazione e della quantificazione dei bisogni per la definizione del percorso più appropriato relativamente alla non autosufficienza. Quest'ultima può essere definita quale fenomeno che può interessare varie categorie di soggetti, anziani, minori, adulti con gravi limitazioni delle capacità e delle funzioni, soggetti affetti da patologie cronico-degenerative, soggetti affetti da demenze, disabili adulti e minori in condizione di disabilità stabilizzata con perdita parziale o totale della autonomia e della autosufficienza ai quali si riconducono anche soggetti affetti da stati vegetativi e di minima coscienza, soggetti affetti da malattie neurodegenerative.

I percorsi integrati di presa in carico si realizzano attraverso la Porta Unitaria di Accesso, primo punto di contatto con l'utenza, che informa e orienta la persona e, attraverso una prima valutazione, discrimina il bisogno semplice (che può essere soddisfatto con un intervento puntuale) da quello complesso.

La valutazione multidimensionale e multi-professionale del bisogno ha come finalità quella di realizzare progetti flessibili e modulari negli ambiti di cura appropriati che, oltre a favorire il recupero delle capacità residue di autonomia e relazionali in grado di migliorare la qualità di vita del paziente, hanno l'obiettivo di ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri/giornate di degenza e la spesa riabilitativa.

In caso di dimissioni protette, il Progetto Individuale (PAI/PRI) rappresenta il primo strumento di continuità della presa in carico dei bisogni assistenziali che si realizza attraverso l'integrazione tra i vari setting di cura, ospedalieri e territoriali.

Obiettivo Specifico 1: Incremento delle valutazioni multiprofessionali UVI/UVBR per l'appropriatezza degli ambiti di cura		
Azioni	Indicatore	Risultato atteso
Riunioni e accordi con tutti gli attori del processo al fine di rendere gli stessi maggiormente coinvolti nel rispetto del dettato della normativa vigente	N. utenti presi in carico con procedura PUA, UVI/UVBR e PAI/PRI / N. di utenti in carico con bisogno complesso	_> 80% degli utenti con bisogno complesso presi in carico con procedura PUA, UVI/UVBR e PAI/PRI
Obiettivo specifico 2: incremento dei risultati distrettuali circa il numero di pazienti arruolati in cure domiciliari attraverso UVI con avvio della classificazione degli stessi nei diversi profili di cura di cui al decreto n. 1/2013 al fine di migliorare l'appropriatezza degli interventi		
Azioni	Indicatore	Risultato atteso
Almeno n. 3 incontri in UCAD annui con i MMG e i PLS, al fine di rendere gli stessi maggiormente coinvolti nel processo delle cure domiciliari, nel rispetto del dettato del decreto 1\2013	N. utenti arruolati/N. utenti arruolati e valutati in UVI e classificati secondo decreto 1/2013	100% degli utenti arruolati valutati in UVI e classificati secondo decreto 1/2013
Obiettivo specifico 3: Verifica dell'appropriatezza prescrittiva e contenimento della spesa riabilitativa		
Azioni	Indicatore	Risultato atteso
Istituzione e attivazione della UVBR distrettuale	% di scostamento dal budget assegnato per l'assistenza riabilitativa	Riduzione della % di scostamento dal budget assegnato per l'assistenza riabilitativa
Obiettivo 4: Popolamento del flusso Siad-Saniarp con gli utenti assistiti in cure domiciliari e relative prestazioni rese, come da PAI per monitorare l'aderenza agli obiettivi della griglia LEA		
Azioni	Indicatore	Risultato atteso
Rilevazione attraverso flusso Siad-Saniarp dei pazienti arruolati in ADI	N. dei pazienti inseriti nel flusso Siad-Saniarp / N. dei pazienti arruolati in ADI	100% dei pazienti arruolati in ADI inseriti nel flusso Siad-Saniarp
Obiettivo 5: Garantire la presa in carico degli utenti segnalati dagli ospedali per dimissioni protette		
Azioni	Indicatore	Risultato atteso
Stesura protocollo di intesa tra Distretto e Ospedale per garantire la corretta applicazione degli indirizzi aziendali (Del.589/2017)	N. casi presi in carico/N. casi segnalati per dimissioni protette	Presa in carico territoriale del 100% dei casi segnalati per dimissione protetta, secondo gli indirizzi aziendali
Durata del programma: 24 mesi		

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Con un cambio di mentalità, che si realizza ancora a fatica, stiamo dunque cercando di transitare da un Distretto inteso come un luogo fisico, in cui, al cittadino, al quale viene lasciata la gestione solitaria del suo percorso di cura, si erogano prestazioni di tipo settoriale-specialistico che in assenza di integrazione e coordinamento, determinano frammentazione e moltiplicazione degli interventi con conseguente allungamento dei tempi di attesa e forte spreco di risorse professionali ed economiche (organizzazione a canne d'organo), al Distretto inteso non più come struttura, ma come "funzione", comprendente cioè tutto il sistema delle Cure Primarie in cui sono compresi, e si integrano tra loro, i Servizi Distrettuali, la Medicina Generale (anche attraverso le nuove forme aggregative quali AFT e UCCP), la Specialistica Ambulatoriale, i Dipartimenti e i Comuni attraverso l'ambito di riferimento. (DCA99/2016)

A questo Distretto "funzionale" è assegnato il compito del "governo clinico" (Tab.1).

Tale sistema è in continuo raccordo con l'area ospedaliera di riferimento realizzando la cosiddetta continuità ospedale-territorio.

In questo tipo di organizzazione, la Porta Unitaria di Accesso (PUA), assume un ruolo centrale rappresentando quella funzione distrettuale in grado di discriminare tra un bisogno semplice (puntuale e specifico, sanitario o sociale) e un bisogno complesso (sanitario e sociale insieme), preliminare alla valutazione multidimensionale.

A richiedere tale cambiamento non è soltanto la ricerca della sostenibilità economica, ma sono i mutati scenari epidemiologici e demografici degli ultimi 20 anni: le malattie croniche, che aumentano proporzionalmente all'aumento della popolazione anziana, rappresentano l'80% di tutte le patologie e assorbono il 70% delle risorse. Questo richiede di riallocare in maniera appropriata la centralità del Distretto e quella dell'Ospedale nei rispettivi ambiti di cura, lasciando al Territorio la gestione delle aree del post-acuto, della cronicità, della fragilità e della non-autosufficienza, per consentire all'Ospedale di perdere le sue attuali caratteristiche "generaliste" e di diventare sempre più specializzato e tecnologicamente avanzato per la cura del "nuovo evento" (acuzie/urgenze/emergenze).

Tab.1



Al Distretto «funzionale» è assegnato il compito del «governo clinico»

RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Decreto Legislativo n. 502/1992: “Riordino della disciplina in materia sanitaria”.
2. Decreto Legislativo n. 229/1999: “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”.
3. DGRC n. 482/2004: “Linee guida per le attività di riabilitazione in Regione Campania”.
4. DCA n. 64/2011: “Procedura prescrittiva ed erogativa delle prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitativa per le patologie semplici: definizione profili riabilitativi. Modifiche ed integrazioni al decreto del Commissario ad Acta per il piano di rientro del settore sanitario n. 32 del 22 giugno 2010”.
5. Decreto Legge n. 158/2012: “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”.
6. DGRC n. 790/2012: “Approvazione delle Linee operative per l'accesso Unitario ai servizi sociosanitari - P.U.A.
7. Delibera n. 348/2013: “Preso d’atto del DGRC n. 790/2012 – Approvazione Modello aziendale PUA”.
8. DCA n. 1/2013: Approvazione documento recante “Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania”.
9. DCA n. 66/2016: “Misure di incentivazione dell’uso dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari e monitoraggio delle prescrizioni attraverso la piattaforma Sani.ARP”.
10. DCA n. 99/2016: “Piano regionale di Programmazione della Rete per l’Assistenza Territoriale 2016 – 2018”.
11. DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)”.
12. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019.
13. Legge n.119 31 luglio 2017 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge n. 73 7 giugno 2017, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale”.
14. Delibera Asl Na 2 Nord n. 240/2017: “Implementazione Campagne di Screening – Presa d’atto dell’Accordo Aziendale MMG”.
15. Delibera Asl Na 2 Nord n. 596/2017: “Adeguatezza trattamenti riabilitativi ex art. 26 Legge 833/1978. Determinazioni”.
16. Delibera Asl Na 2 Nord n. 589/2017: “Protocollo aziendale cure domiciliari di I°-II°-II° livello e cure palliative terminali. Protocollo aziendale di accesso; presa in carico-gestione-dimissioni dei pazienti”.
17. DGRC n. 53/2018: “Decreto Commissariale n. 134/2016 e successivo n. 188/2016 Art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662. Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale – Assistenza Primaria.
18. Delibera Asl Na 2 Nord 139/2018: “Percorso riabilitativo della persona con frattura di femore nell’Asl Na 2 Nord”.
19. Delibera Asl Na 2 Nord n. 835/2018: Presa d’atto del “II° Accordo Aziendale PLS per il recupero dei ritardatari e degli inadempienti alla pratica vaccinale e l’offerta attiva”.
20. Delibera Asl Na 2 Nord n. 1367/2018: Procedura Aziendale “Indicazioni Procedurali per la corretta presa in carico e gestione del paziente in Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD)”.