

RILEVAZIONE
"LO STATO DI ATTUAZIONE DEI DISTRETTI IN ITALIA"

Questionario n. (campo ad uso ASSR)

NB :

- I DATI FORNITI SI RIFERISCONO ALLA SITUAZIONE AGGIORNATA AL 31.12.2004
- I DATI DI POPOLAZIONE SI RIFERISCONO ALL'ULTIMO CENSIMENTO ISTAT 2001

A) Informazioni generali

Regione: _____ CODICE REGIONE _____

Azienda (denominazione): _____ CODICE AZIENDA _____

Numero dei Distretti dell'Azienda (totale): _____

B) Informazioni generali sul SINGOLO DISTRETTO

Distretto (denominazione) _____

Indirizzo della sede : Via/piazza _____

Città- Comune _____ CAP : _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax: _____

Referente per la compilazione (Direttore di Distretto)

(nome e cognome per esteso)

e-mail _____

C) Indicatori socio-demografici

1. Comuni che afferiscono al Distretto* n. _____

Elenco dei Comuni:*

* Per le aree metropolitane, indicare i Municipi/Circoscrizioni.

2. Superficie di competenza del Distretto (Kmq): _____

3. Popolazione residente nel Distretto** : _____

- Maschi totale (≤ 14) _____ ($\geq 15-64$) _____ (≥ 65 anni) _____

- Femmine totale (≤ 14) _____ ($\geq 15-64$) _____ (≥ 65 anni) _____

** I dati della popolazione sono quelli del Censimento ISTAT 2001.

Elementi calcolati automaticamente:

- Densità di popolazione _____
(rapporto tra popolazione residente e superficie)
- Indice di vecchiaia del Distretto _____
- Indice di invecchiamento del Distretto _____

D) Organizzazione generale del Distretto

4. Il distretto è (barrare una sola casella):

una struttura complessa

Se sì, ha al suo interno :

- strutture semplici SI NO

- strutture complesse SI NO

una struttura semplice

Agenzia per i servizi sanitari regionali
"Gruppo ricerca distretti"

5. E' previsto il coordinamento dei distretti nell'azienda USL? SI NO

Se sì, è assicurato da (barrare una o più caselle):

- partecipazione al collegio di direzione aziendale
 un organismo specifico di coordinamento dei distretti
 altro (specificare) _____

6. Profilo professionale del Direttore di Distretto - Area professionale di competenza (barrare una sola casella):

- Sanitaria _____
(specificare se medico dipendente dal SSN, MMG, altro - clic su menù informatico)
 Tecnica _____
(specificare - clic su menù informatico)
 Amministrativa _____
(specificare - clic su menù informatico)
 Professionale _____
(specificare - clic su menù informatico)

7. E' funzionante l'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali (UCAD)? SI NO

Se sì, le funzioni principali dell'UCAD sono: (barrare una o più caselle)

- Contribuire alla elaborazione dei programmi delle attività nel distretto con le relative modalità di verifica e valutazione
 Sviluppare azioni idonee all'integrazione tra le diverse figure professionali all'interno del Distretto e collaborare a definire modalità organizzative che favoriscono l'integrazione tra servizi sanitari e tra questi e i servizi socioassistenziali
 Altro (specificare) _____

8. Il Distretto programma le proprie attività tramite (barrare una sola casella):

- programma delle Attività Territoriali (art. 3-quater d.lgs. 502/92 e mod.);
 specificazioni nel Piano aziendale (ossia il distretto non ha adottato uno specifico piano distrettuale, ma ha negoziato i propri obiettivi ed attività con la Direzione generale nell'ambito del piano aziendale)
 altro tipo di Programma annuale
 non esiste alcuna programmazione

E) Strumenti informativi

9. Il distretto ha correntemente, ossia almeno semestralmente, a disposizione i dati sui propri assistiti in merito a: (*barrare una o più caselle*)

- ricoveri ospedalieri
- specialistica ambulatoriale
- consumi farmaceutici
- ricoveri in strutture residenziali
- assistenza domiciliare
- assistenza riabilitativa e protesica
- altro (specificare) _____

F) Integrazione

10. L'ambito territoriale del Distretto coincide con gli ambiti/zone sociali (ex L 328/00)?

SI NO

11. Nel distretto è istituito il "Comitato dei Sindaci di distretto" o organismo analogo? SI NO

Se sì, quale (specificare) _____

12. Il Direttore di Distretto, per l'integrazione tra la programmazione sanitaria e la programmazione socioassistenziale:

- partecipa all'elaborazione dei Piani di zona sociali
- utilizza un altro strumento (specificare) _____

13. Nel distretto l'integrazione, a livello istituzionale, tra servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali è esercitata principalmente attraverso:

- Delega
- Accordo di programma
- Consorzio
- altro (specificare) _____

G) Autonomia economico-finanziaria e definizione del budget di Distretto (inteso come individuazione di obiettivi in rapporto alle relative risorse) :

14. Il distretto ha autonomia economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda USL ? SI NO
15. Il Distretto, all'interno della contabilità aziendale, è identificato come "centro di responsabilità"?
SI NO
Se no, altro (*specificare*) _____

16. Il Distretto ha al suo interno centri di costo ? SI NO
17. Il Distretto negozia annualmente con la direzione generale gli obiettivi da conseguire e le relative risorse ? SI NO

H) Orientamento/Centro di riferimento per i cittadini

18. E' stata adottata una carta dei servizi distrettuale oppure una guida per l'orientamento dei cittadini?
SI NO
Se sì, quando (indicare anno)
e riguarda:
 tutte le attività del distretto
 le modalità di accesso nell'assistenza domiciliare
 altro (*specificare*) _____
19. Nel distretto esiste il punto unico di accesso oppure una modalità organizzativa unificata di accesso per l'assistenza domiciliare ? SI NO
20. Sono previste modalità programmate per la partecipazione dei cittadini alla definizione e al controllo delle attività?
SI NO
Se sì, con quale modalità:
 tramite consulte con i cittadini
 tramite incontri con associazioni di cittadinanza
 Altro (*specificare*) _____

Agenzia per i servizi sanitari regionali
 “Gruppo ricerca distretti”

I) Organizzazione e gestione dei servizi presenti nel Distretto

21. Con quale livello di responsabilità del distretto sono assicurate le funzioni rientranti nei Livelli di assistenza distrettuali ? (allegato 1 del DPCM 29.11.2001) (barrare una sola casella per riga)

LIVELLI DI ASSISTENZA	Responsabilità di governo			
	Responsabilità piena del distretto (all'interno della programmazione aziendale)	Responsabilità del distretto condivisa con altre strutture aziendali	Distretto a supporto della responsabilità di altre strutture o aziende sanitarie/ospedaliere	Responsabilità svolta da altre strutture aziendali
A. Assistenza sanitaria di base				
medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
continuità assistenziale notturna e festiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guardia medica turistica (su determinazione della Regione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Attività di emergenza sanitaria territoriale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali				
• Fornitura dei farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Controllo spesa farmaceutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Assistenza integrativa (prodotti dietetici a categorie particolari; presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Assistenza specialistica ambulatoriale (prestazioni terapeutiche e riabilitative; diagnostica strumentale e di laboratorio)				
• Ass. specialistica a gestione diretta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ass. specialistica convenzionata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Assistenza protesica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Assistenza termale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Agenzia per i servizi sanitari regionali
 “Gruppo ricerca distretti”

22. In particolare sull’assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale, quale è la responsabilità del distretto? (barrare una o più caselle)

Prestazioni / Servizi	Tipologia di attività						
	Gestione delle modalità di accesso	Organizzazione dell’UVM e del piano di assistenza	Erogazione delle attività			Verifiche sulla assistenza erogata	Altro **
			In forma diretta	In forma indiretta (org.ne esterna)	In forma mista		
Assistenza a domicilio *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza residenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza semiresidenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Nelle diverse forme, da quella infermieristica, all’ADP, all’ADI, all’ADI di elevata complessità.

** In tal caso, specificare _____

23. Il Distretto partecipa alla definizione di percorsi assistenziali integrati dei pazienti?

SI NO

Se sì, indicare i principali profili di cura (barrare una o più caselle):

malati oncologici

malati terminali

malati con scompenso cardiaco

malati con BPCO

malati con diabete mellito

malati post ictus

malati post frattura di femore

altro (specificare) _____

L) I MMG /PLS NEL DISTRETTO

24. Qualora esista l'accordo aziendale, il Direttore di distretto è sempre presente nella definizione di questi accordi e nelle trattative per l'assistenza primaria ? SI NO

25. Sono previsti programmi di coinvolgimento dei MMG / PLS ?

SI, a livello di distretto; SI, a livello di azienda USL ; NO

Se sì, per (barrare una o più caselle):

- miglioramento dell' appropriatezza prescrittiva*
- linee guida e percorsi assistenziali*
- assistenza domiciliare*
- ambulatori per patologia*
- progetti di prevenzione e educazione alla salute*

26. Nel Distretto esistono ospedali di comunità ("country hospital")?

SI NO

Se SI, specificare (per ognuno):

denominazione _____

indirizzo (Via, Città- Comune) _____

n. posti - letto/anno 2004 _____

n. totale di ricoveri/anno 2004 _____

n. giorni di degenza /anno 2004 _____

M) I PERCORSI FORMATIVI

27. Nel distretto sono svolti correntemente percorsi formativi espressamente dedicati al proprio personale legati agli obiettivi di salute propri del distretto ? SI NO

N) Rapporti tra Distretto e DSM e Sert

28. Sono previsti percorsi di cura condivisi con il Dipartimento di Salute Mentale ? SI NO

Se sì, specificare _____

(ad es. accordo tra Medici Psichiatri e Medici di Medicina Generale per il trattamento, da parte di questi ultimi, di disturbi mentali lievi; accordo per evitare l'eccesso di uso di psicofarmaci in strutture residenziali per anziani ed altro; presa in carico congiunta su casi multiproblematici)

Agenzia per i servizi sanitari regionali
"Gruppo ricerca distretti"

29. Sono previsti percorsi di cura condivisi con i Servizi per le tossicodipendenze (Sert) ? SI NO

Se sì, specificare _____

(ad es. accordi per il trattamento/reinserimento di persone con dipendenze da alcol oppure da droghe illegali, distribuzione del metadone, ecc.)

O) Rapporti tra Distretto e Dipartimento di Prevenzione

30. Sono previsti percorsi condivisi con il Dipartimento di Prevenzione? SI NO

Se sì, indicare:

per promozione della salute (es. stili di vita)

per vaccinazioni raccomandate

per campagne prevenzione del tabagismo

per screening

altro (specificare) _____

P) Rapporti tra Distretto e Ospedale

31. Il Distretto ha concertato con l'Ospedale presente nel territorio (sia esso uno o più d'uno presidio ospedaliero della medesima azienda USL, o di altra azienda ospedaliera limitrofa) (barrare una o più caselle) :

Protocolli su dimissioni protette

Accordi formalizzati con MMG/PLS

Presenza formalizzata di operatori ospedalieri nei servizi distrettuali

Presenza di operatori distrettuali dedicati a funzione specifica nei servizi ospedalieri

Protocolli su ospedalizzazione al domicilio

Interscambio, anche a fini formativi e di aggiornamento, tra medici specialisti territoriali ed ospedalieri

Data

GUIDA ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO

Avvertenze generali

Il questionario va compilato dal Direttore di Distretto, in quanto responsabile e competente dell'organizzazione dei servizi distrettuali.

La data di riferimento delle informazioni richieste è il 31 dicembre 2004, ad eccezione di alcuni quesiti che indicano specificamente un diverso riferimento temporale (es. indicatori socio-demografici).

Alcuni quesiti (ad esempio il numero dei distretti) dovrebbero essere rivolti all'azienda USL piuttosto che al singolo distretto; la scelta è stata quella di semplificare il questionario, individuando un unico destinatario, considerando che il dato richiesto è sicuramente noto anche al Direttore di distretto.

Di seguito si forniscono indicazioni per la compilazione di **alcune domande**; per ulteriori chiarimenti è possibile contattare il **referente regionale**:

Dott.

per posta elettronica, al seguente indirizzo

ovvero al numero telefonico, dal lunedì al venerdì dalle ore.... .. alle ore

Quadro A - Informazioni generali

I quesiti riguardano l'identificazione della Regione (denominazione); dell'Azienda (denominazione) e dei relativi codici.

Il quesito sul numero dei distretti in Italia dovrebbe essere correttamente rivolto all'azienda unità sanitaria locale; la scelta è stata quella di semplificare il questionario, individuando un unico destinatario, considerando che il dato richiesto è sicuramente noto al Direttore di distretto.

Quadro B - Informazioni generali sul singolo distretto

I quesiti sono volti all'identificazione precisa del distretto (denominazione); le indicazioni sulla sede principale; il numero telefonico, di fax, di posta elettronica riguardano il Direttore di distretto.

Lo stesso Direttore di distretto è identificato come "referente" per la compilazione. Anche qualora il questionario sia materialmente compilato da un diverso soggetto delegato, si prega di inserire il nome del Direttore di distretto, come responsabile delle informazioni contenute nel questionario.

Solo qualora il distretto non abbia un Responsabile, è possibile inserire un diverso referente (in tal caso si chiede di aggiungere un asterisco dopo il cognome; es. MARIO ROSSI *).

Quadro C - Indicatori socio-demografici

Per quanto riguarda l'elenco dei Comuni afferenti al distretto, si fa riferimento a quelli di più recente individuazione nell'azienda USL.

Per le aree metropolitane, andrà inserito l'elenco dei Municipi/Circoscrizioni. Il supporto informatico consente l'inserimento di 20 Comuni; ove siano di più, è possibile inserire più Comuni in ogni riga.

Per quanto riguarda il **quesito 3**, sulla popolazione residente nel distretto, aggregata per 3 fasce di età, si fa riferimento al censimento ISTAT del 2001, come dato minimo che è possibile raccogliere uniformemente nelle diverse Regioni.

I dati così raccolti consentiranno al software di calcolare automaticamente la densità della popolazione (rapporto tra popolazione residente e superficie); gli indici di vecchiaia e quelli di invecchiamento della popolazione.

Quadro D – Organizzazione generale del distretto

I quesiti mirano a rilevare alcuni elementi essenziali nell'organizzazione interna del distretto, quali:

Quesito 4 - la configurazione del distretto come struttura semplice o come struttura complessa. Il quesito si collega con le domande 15 e 16 sui centri di responsabilità e centri di costo. Di seguito si riportano i principali elementi di riferimento.

Struttura complessa – nella normativa manca una specifica definizione, e nella pratica si considera "complessa" la struttura in cui opera un Direttore con relativo "incarico di struttura complessa".

In sintesi, è di norma un centro di responsabilità, il cui Direttore negozia con la Direzione strategica obiettivi e risorse (umane, finanziarie, tecnologiche), ha autonomia nella scelta delle azioni per il raggiungimento degli obiettivi e ha una correlata responsabilità, ed in particolare risponde degli eventuali scostamenti tra i risultati programmati e quelli effettivamente conseguiti. Può essere articolato in una o più strutture semplici o anche complesse.

Nell'art. 15, comma 6, del d.lgs. 502/92 e successive modificazioni sono contenuti gli elementi necessari per individuare tale struttura: *"Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata. Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale tramite il nucleo di valutazione"*.

La struttura semplice è un'organizzazione inserita, di norma, come "centro di costo" nell'organizzazione aziendale. Il relativo Responsabile (l'incarico è conferibile ad un Dirigente dopo i primi 5 anni di attività, ex art. 15, comma 4, del d.lgs. 502/92 e mod.) concorda obiettivi e programma le attività con il Dirigente di struttura complessa, e allo stesso risponde della gestione e dei risultati.

Quesito 5 - Questa domanda intende rilevare l'eventuale presenza di forme di coordinamento "istituzionale" o abituali tra i diversi distretti presenti nell'azienda USL. Sarebbe, pertanto, più correttamente da porsi a livello aziendale, ma per semplificare il questionario individuando un unico destinatario, è stata posta a livello distrettuale, considerando che l'informazione non può che essere nota al Direttore di distretto.

E' possibile barrare più caselle, in quanto le diverse modalità possono coesistere. E' prevista anche la modalità "aperta" in quanto è possibile che vi siano riunioni periodiche, anche non specificamente organizzate in un organismo.

Quesito 6 – Rispetto al profilo professionale del Direttore di distretto, le informazioni richieste sono due: l'area sanitaria di appartenenza (sanitaria; tecnica; amministrativa; professionale) e l'individuazione del profilo professionale, ad esempio: medico di medicina generale; medico dipendente di azienda sanitaria, o altro. Per semplificare il lavoro, è stato inserito un "menù informatico" contenente le indicazioni dei diversi profili professionali afferenti all'area sanitaria.

Quesito 7 - L'UCAD, Ufficio di coordinamento per le attività distrettuali, è un organismo previsto dall'art. 3-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, che al comma 2 indica: *"Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto"*

Anche le funzioni dell'UCAD sono tratte dalla suddetta normativa. La scelta di lasciare una indicazione aperta ("altro") intende consentire ad ogni Direttore di distretto di evidenziare funzioni diverse, non tipizzate dalla norma.

Quesito 8 – Il quesito intende evidenziare se, e con quale strumento, il distretto programma le proprie attività, sanitarie e sociosanitarie (in raccordo con il quesito n.12) . Tra le diverse opzioni sono previste:

Agenzia per i servizi sanitari regionali
“Gruppo ricerca distretti”

- l’elaborazione del *Programma delle Attività Territoriali (PAT)*, previsto dall’art. 3-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni;
- indicazioni nel Piano aziendale – ossia il distretto non ha adottato uno specifico piano distrettuale, ma ha negoziato i propri obiettivi e attività con la Direzione aziendale, all’interno dell’atto aziendale;
- altro tipo di programma annuale – la denominazione dello stesso non risulta di particolare rilevanza;
- nessuna programmazione – in tal caso il distretto opera come un centro di produzione di servizi, ma non come governo delle attività.

Quadro E – strumenti informativi

La complessità del campo d’indagine di questa domanda è nota, considerando che ogni livello istituzionale (Stato, Regioni, Aziende sanitarie) è attualmente impegnato nella costruzione o nella messa a punto di adeguati strumenti informativi per i diversi operatori sanitari e responsabili di governo.

La scelta è stata di non entrare nel dettaglio, sia rispetto alla periodicità delle informazioni a disposizione del distretto (es. mensile; trimestrale; su richiesta, altro), sia sulle attività (la domanda individua unicamente “macro aree” di attività, come i ricoveri ospedalieri; specialistica ambulatoriale; consumi farmaceutici), sia sulla presenza di strumenti informativi “ad hoc” per il territorio, pur nella consapevolezza che ogni dettaglio in questo campo risulta un’indicazione preziosa. Ogni precisazione richiederebbe, infatti, una articolata serie di domande, che appesantirebbero troppo questa prima ricognizione.

Il **quesito n. 9** adotta, pertanto, una formula semplificata, limitandosi a chiedere se il distretto ha correntemente a disposizione dati e informazioni generali per la propria attività, per lo meno semestralmente. In tal modo si facilita la compilazione e si fornisce una prima indicazione utile, anche se successivamente da approfondire, sulla presenza e sull’utilizzo di strumenti informativi per le attività territoriali.

Quadro F – Integrazione

I quesiti posti riguardano la complessa area di confine tra le attività sanitarie e le attività socio - assistenziali, e intendono dare alcune indicazioni di base sulle modalità di integrazione tra Distretto ed Enti locali, essenzialmente nell’area della programmazione, riservando l’approfondimento ad altri strumenti conoscitivi.

Le domande tengono conto delle più recenti indicazioni normative (es. coincidenza zona sociale/distretto; costruzione dei piani di zona), ma anche delle possibili, diverse, opzioni a livello locale, che motivano la previsione dell’opzione “altro” - specificare.

Quesito 10 – La norma di riferimento (art. 8, comma 3, della legge 8 novembre 2000, n. 328 “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”) stabilisce che le Regioni, nel determinare gli ambiti territoriali delle zone sociali, prevedono interventi a favore dell’esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti di norma coincidenti con i distretti sanitari.

Quesito 11 – Si intende rilevare le eventuali modalità di partecipazione degli enti locali agli obiettivi del distretto, in particolare per una risposta integrata ai bisogni di salute complessi nelle fasce a rischio, quali l’area materno-infantile, gli anziani, i disabili, i malati mentali, i tossicodipendenti, i malati terminali, i malati di HIV.

Il “Comitato dei sindaci del distretto” è un organismo previsto dall’art.3-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, con funzioni di concorso alla programmazione e alla verifica delle attività e degli obiettivi di salute del distretto, con particolare riferimento all’area sociosanitaria.

Quesito 12 - Integra quanto previsto nella domanda 8 (modalità di programmazione delle attività distrettuali), e riguarda specificamente l’area di confine tra attività sanitaria e socio assistenziale, chiedendo se il Direttore di distretto partecipa all’elaborazione del Piano di zona.

La norma di riferimento (art. 19 della legge 328 del 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali") prevede, infatti, che il Piano di zona sia definito dai Comuni associati negli ambiti territoriali di riferimento, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, per l'individuazione degli obiettivi e degli interventi sociali e sociosanitari.

Quesito 13 - La domanda è volta a rilevare, anche se in forma generale, lo strumento principale che il distretto utilizza per l'integrazione tra le attività sanitarie e sociosanitarie. E' noto che gli strumenti possono coesistere, in quanto può esserci la situazione in cui alcune attività sono delegate dai Comuni alle aziende USL ed altre attività sono oggetto di accordi di programma; così come può esserci un'area di attività che è delegata da alcuni, e non da tutti, i Comuni compresi nell'ambito territoriale del distretto.

Gli strumenti individuati dal presente quesito sono tratti dalla legge 8 giugno 1990, n. 142 "Ordinamento delle autonomie locali", sostituita ora dal Decreto legislativo 18 agosto 2000 n. 267 "Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali" ed in particolare dal capo V (forme associative) che disciplina le convenzioni, i consorzi, gli accordi di programma ed altro.

Quadro G – Autonomia economico-finanziaria e definizione del budget di Distretto (inteso come individuazione di obiettivi in rapporto alle relative risorse) :

Quesito 14 – Il quesito ricalca l'indicazione dell'art. 3-quater, comma 2, d.lgs. 502/92 e modificazioni, laddove prevede "Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitari locale".

E' noto che la norma non risulta di facile attuazione, perché le stesse aziende USL, in molte realtà, solo recentemente sono passate da una contabilità finanziaria ad una contabilità di tipo economico, pertanto non effettuando più registrazioni e controlli autorizzativi della singola spesa ma un controllo ed una contabilità per obiettivi e risultati.

Quesiti 15 e 16 (centri di responsabilità e centri di costo) – I centri di responsabilità sono *intesi come unità organizzative create per il raggiungimento di alcuni obiettivi dell'azienda, con autonomia di funzionamento o meglio guidati da un dirigente che sceglie le azioni da intraprendere, con assunzione della relativa responsabilità. Risponde, in particolare, degli eventuali scostamenti tra i risultati programmati e quelli conseguiti effettivamente. La definizione degli obiettivi e delle relative risorse è, di norma, concordata con la Direzione Strategica. Sono in genere articolati in centri di costo, vale a dire unità contabili alle quali sono imputati i costi dei fattori produttivi impiegati direttamente.*

Quesito 17 – La negoziazione degli obiettivi e delle corrispondente risorse è, sinteticamente, il significato del termine "budget". Si chiede se il distretto è uno degli "attori" di questo processo, ovvero se la negoziazione avviene con altri Responsabili.

Sembra infatti condiviso, per lo meno in letteratura, che "budget" non significa semplicemente disporre di risorse finanziarie proprie e neppure decidere cosa fare autonomamente, ma significa definire cosa fare con le risorse disponibili, e implica un processo concordato con la Direzione aziendale su obiettivi di attività e di salute, nonché sulle relative risorse.

Il sistema budgetario rappresenta, pertanto, uno strumento di governo e richiede una condivisione, il più possibile ampia, tra i diversi responsabili aziendali, di obiettivi e risorse (in tal senso è uno strumento di responsabilizzazione delle Aziende Sanitarie verso i sistemi professionali). Può, altresì, diventare strumento di integrazione intraziendale, evidenziando le interdipendenze tra centri di responsabilità, sia in termini di assorbimento di risorse sia in termini di risultati da raggiungere, che diventano così obiettivi aziendali, principalmente obiettivi di salute. Inoltre la verifica dei risultati raggiunti può costituire la base di riferimento per un sistema motivazionale premiante.

Quadro H - Orientamento/Centro di riferimento per i cittadini

Questa parte del questionario è rivolta alla funzione del distretto come “centro di riferimento per i cittadini” ben presente sia nella programmazione sanitaria nazionale sia regionale. La scelta, anche in questo caso, è stata di individuare alcuni riferimenti “forti” ma anche di semplice compilazione, rispettando le scelte diversificate che Regioni e Aziende sanitarie hanno effettuato.

In quest’ambito, inoltre, gli strumenti si stanno diversificando, ed accanto ad alcuni modalità ormai diffuse a livello aziendale, come la carta dei servizi (con indicazioni normative già presenti negli anni ’90), altri si stanno sviluppando, come l’utilizzo delle tecnologie informatiche - che rappresentano potenti strumenti di comunicazione. Ancora, il campo comprende la definizione delle linee guida e dei percorsi di cura, che offrono al cittadino una guida nella rete dei servizi sanitari e sociosanitari, *la cui complessità rinvia ad altri e specifici strumenti d’indagine.....*

Quesito 18 – la carta dei servizi ha già un lungo percorso di evoluzione nel quadro aziendale. Il quesito si rivolge al livello distrettuale e chiede quali strumenti di guida/orientamento dei cittadini sono previsti.

Alcuni piani sanitari regionali prevedono che il distretto diventi “sportello unico” per l’accesso dei cittadini all’intera rete dei servizi sanitari e socio-sanitari dell’azienda USL (con l’eccezione dell’emergenza).

Quesito 19 – Per migliorare l’organizzazione delle cure domiciliari e per facilitarne la fruibilità da parte del cittadino, in diversi distretti è stato realizzato, un punto unico di riferimento per l’informazione e l’accesso a tutte le cure domiciliari sanitarie, in grado di indirizzare i bisogni sanitari e socio-assistenziali degli utenti relativamente alle cure erogate presso il proprio domicilio, coinvolgendo il MMG.

Quesito 20 – La normativa regionale in genere prevede che vi sia una partecipazione dei cittadini al controllo della qualità dei servizi sanitari dal lato dell’utente, specie con riferimento ai percorsi di accesso ai servizi. Le modalità sono diverse, ma in genere riconducibili alla costituzione di comitati di cittadini. La domanda è rivolta a conoscere l’esistenza di tali organismi, siano essi a livello aziendale o distrettuale, in quanto in ogni caso i cittadini in tali ambiti sono chiamati a partecipare ad esprimersi anche sui servizi territoriali (umanizzazione degli stessi; accessibilità; liste di attesa etc.).

Quesito 21 - La domanda elenca le macro aree di attività comprese nel livello essenziale di assistenza sanitaria indicato dal DPCM 29 novembre 2001, e mira ad evidenziare quale modalità ha scelto l’azienda sanitaria per garantire questi ambiti di attività. E’ noto, infatti, che vi sono attività assegnate prevalentemente ai distretti, quali quelle di assistenza primaria e domiciliare, ed altre in cui la funzione può essere assegnate ad altre strutture della stessa azienda sanitaria in cui è inserito o, talora, anche ad altre aziende sanitarie o ospedaliere. Per maggiore chiarezza:

- *responsabilità piena del distretto*: il distretto è titolare della funzione, anche se la stessa può coinvolgere figure professionali di altre aree (es. assistenza domiciliare integrata, che richiede l'intervento di specialisti; assistenti sociali ed altri – in relazione al bisogno);
- *responsabilità del distretto condivisa con altre strutture aziendali*: è un caso di titolarità della funzione strettamente seguita con altri ambiti (talora è il caso dell'assistenza farmaceutica, in cui vi è una parte di responsabilità distrettuale e una parte di attività gestita direttamente dall'azienda)
- *distretto a supporto di della responsabilità di altre strutture o aziende sanitarie/ospedaliere*: è il caso in cui la titolarità della funzione è esterna, affidata ad altre aziende USL o ad aziende ospedaliere, o a strutture esterne, in cui il distretto mantiene una funzione di coordinamento e integrazione (es. in alcune Regioni l'assistenza specialistica è affidata alle aziende ospedaliere; il distretto in questo caso interviene con funzioni di integrazione e coordinamento)
- *responsabilità svolta da altre strutture aziendali*: in questo caso il distretto non interviene nella organizzazione e nella garanzia delle attività, affidate interamente ad altri ambiti.

Quesito 22 – La domanda rappresenta una specificazione della precedente, ed elenca le fasi essenziali di un'attività generalmente "tipica" del distretto: la garanzia dell'accesso al cittadino delle attività domiciliari, semiresidenziali e residenziali, siano esse svolte direttamente dal distretto o gestite mediante altre organizzazioni, profit e no-profit.

Quesito 23 – La domanda mira a rilevare se il distretto partecipa, nella sua qualità di punto di riferimento e di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari dei cittadini, a definire i percorsi assistenziali dei pazienti. A tal fine sono indicati alcuni profili di cura, scelti in ragione alla loro rilevanza / frequenza.

Quadro L – I MMG/PLS nel distretto

In quest'ambito sono state evitate domande sulle forme associative della Medicina generale, semplici o evolute, in quanto sono state oggetto di una specifica rilevazione del Ministero della salute, effettuata nel corso dell'anno 2004, con il coinvolgimento delle Regioni e di tutte le aziende sanitarie.

Quesito 24 – Nel caso in cui l'accordo aziendale non esista, non barrare alcuna casella.

Quesito 25 – Si chiede, prima di tutto, se esistono programmi di coinvolgimento tra Distretti e MMG/PLS, in secondo luogo si indicano alcune attività per tale coinvolgimento. Ovviamente l'elenco non è esaustivo, ma la sua forma generale, dovrebbe consentire di fornire una prima informazione in materia.

Quesito 26 – Premesso che non tutte le Regioni promuovono lo sviluppo degli "ospedali di comunità", si vuole qui evidenziare se tali strutture esistono e con quale ordine di ambito di attività. Come è noto, gli ospedali di comunità sono presidi sanitari territoriali, con forte valenza assistenziale e di cura della persona, dedicati soprattutto agli anziani e in genere alla gestione della cronicità, posti sotto la responsabilità sanitaria del Medico di medicina generale (la presenza giornaliera degli stessi varia in relazione alle diverse strutture). Si pongono in una posizione intermedia tra le strutture residenziali per anziani e la rete dei servizi domiciliari..

Quadro M – I percorsi formativi

Agenzia per i servizi sanitari regionali
“Gruppo ricerca distretti”

Quesito 27 – Considerando l’importanza della formazione sul territorio, si richiede se il Distretto svolge programmi di formazione del proprio personale, in relazione agli obiettivi di salute, e non solo organizzativi o di attività, da conseguire.

Quadri N, O, P Rapporti tra Distretto e altri organismi (DSM, SERT / Dip.Prev. / Ospedale

Quesito 28 – Diverse possono essere le modalità di interazione con i Dipartimenti di salute mentale, ad esempio l’accordo tra Medici Psichiatri e Medici di Medicina Generale per il trattamento, da parte di questi ultimi, di disturbi mentali lievi; accordo per evitare l’eccesso di uso di psicofarmaci in strutture residenziali per anziani ed altro; presa in carico congiunta su casi multiproblematici.

Quesito 29 – Un esempio di percorsi di cura tra Distretto e SERT possono essere gli accordi per il trattamento/reinserimento di persone con dipendenze da alcol oppure da droghe illegali, distribuzione del metadone, ed altro.

Quesito 30 – Sono stati inseriti gli ambiti “generali” di integrazione con il Dipartimento di Prevenzione, senza specificare i percorsi specifici (es. quali screening etc.)

Quesito 31 – sul raccordo con l’ospedale:

Per “accordi formalizzati con MMG/PLS” si intendono modalità per ammissioni e dimissioni accompagnate;

Per “presenza formalizzata di operatori ospedalieri nei servizi distrettuali” si intende, ad esempio, le consulenze specialistiche per garantire la continuità terapeutica, come nei programmi per la nutrizione artificiale; cure palliative; talora anche in forme di chirurgia breve;

Per “presenza di operatori distrettuali dedicati a funzione specifica nei servizi ospedalieri”, si intende ad esempio, operatori distrettuali che vanno in ospedale a richiesta, a disposizione per le dimissioni protette o ammissioni accompagnate.
