



Linee guida per la elaborazione del  
PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI (PAD)  
Sperimentazione 2005

Indice

- 
- 1.1. *RUOLO E FUNZIONI DEL DISTRETTO NEL GOVERNO DELLA SALUTE*
  - 1.2. *IL DISTRETTO E IL RUOLO DEL "PAD"*
  - 1.3. *LA PROGRAMMAZIONE NEGOZIATA E IL SISTEMA DI PARTNERSHIP*
  - 1.4. *PERCORSI, TEMPI E MODI DELLA SPERIMENTAZIONE DEL "PAD" PER IL 2005*
  
  - 2.1. *L'ANALISI RETROSPETTIVA*
    - 2.1.1. *La Relazione di Distretto*
      - *Il contesto territoriale: il profilo di comunità, la diagnosi di comunità*
      - *L'ambiente interno*
    - 2.1.2. *Portatori di interessi qualificati rispetto al "PAD"*
  - 2.2. *L'ANALISI PROSPETTICA*
    - 2.2.1. *Individuazione e definizione degli obiettivi del "PAD"*
    - 2.2.2. *Individuazione e specificazione delle priorità del "PAD"*
  - 2.3. *LA PIANIFICAZIONE*
    - 2.3.1. *Piano delle azioni, delle attività, dei servizi*
    - 2.3.2. *Relazioni intrazonali e raccordo con il Piano di Zona*
    - 2.3.3. *Pianificazione economico-finanziaria*
  - 2.4. *L'ESECUZIONE*
    - 2.4.1. *Sistema delle relazioni e delle responsabilità per l'esecuzione delle attività*
    - 2.4.2. *Le modalità di esecuzione delle attività*
  - 2.5. *MONITORAGGIO E CONTROLLO*
    - 2.5.1. *Monitoraggio in itinere delle attività*
    - 2.5.2. *Monitoraggio dell'ottenimento degli esiti previsti*
    - 2.5.3. *Modalità di individuazione delle eventuali azioni correttive in caso di scostamenti*

L'ASUR è chiamata istituzionalmente a rispondere in modo efficiente ed efficace alle necessità di "tutela e promozione della salute" della popolazione residente e presente nel territorio della Regione.

All'interno di questa funzione prioritaria di "governo complessivo della salute" l'ASUR, attraverso le Zone Territoriali, costruisce un sistema di attività garantite, orientato ad un approccio ai problemi anche settoriali, più integrato e unitario

L'articolazione del sistema di offerta, progettato in sintonia con la lettura e l'interpretazione del bisogno, potrà avere una composizione variegata in funzione delle necessità della domanda e delle tipologie di produttori presenti nel territorio, tenendo sempre presente l'unitarietà di sistema, in sintonia con gli indirizzi nazionali e regionali e con le esigenze di equilibrio finanziario.

Il SSR ha iniziato un processo di cambiamento che, per sottrarsi al rischio di vanificare i risultati positivi finora conseguiti, richiede un consolidamento di tutte le iniziative in atto, combinando in una logica integrata tutti gli aspetti innovativi da realizzare.

L'obiettivo delle Linee guida per l'elaborazione del Programma delle Attività Distrettuali ("PAD") è di porre le basi per un lavoro comune in una logica di costruzione di un sistema unitario nel rispetto delle diversità e opportunità locali, individuando nel Distretto, la principale macrostruttura zonale che governa la domanda sanitaria e socio-sanitaria, organizza la produzione di "assistenza primaria" erogata dai servizi territoriali.

In tale ambito si esplica e si valorizza il ruolo assegnato dalla normativa, ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta, quali referenti diretti per la salute dei cittadini, indirizzo e guida all'utilizzo dei servizi.

### 1.1. RUOLO E FUNZIONI DEL DISTRETTO NEL GOVERNO DELLA SALUTE

Il Distretto rappresenta un nodo organizzativo fondamentale del livello zonale nel processo di *analisi/interpretazione dei bisogni di salute e progettazione di una risposta mirata*.

Il Distretto è quindi chiamato a declinare all'interno di una specifica realtà territoriale la funzione di "governo complessivo della salute".

È implicito in questo concetto, il salto di qualità che viene imposto alla rete distrettuale: quello di svolgere un ruolo di tutela della salute e di garante di sistema (*governance*) in un definito ambito territoriale, prima ancora che di gestore di servizi e di operatori.

Sviluppare questo ruolo, risulta assolutamente strategico.

Non può infatti pensarsi ad una rete se non esiste un livello di *governance* che ne presiede dapprima alla realizzazione, poi al mantenimento del suo funzionamento e infine al suo adeguamento funzionale nel tempo.

La funzione di analisi della domanda e di progettazione della risposta è, infatti, il presupposto indispensabile per rispondere ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, in una logica di programmazione finalizzata.

Sulla scia dell'impostazione metodologica, derivante dalla normativa nazionale e regionale è possibile in estrema sintesi individuare più tipologie fondamentali di ruolo all'interno del Distretto mar-chigiano commisurate a questa scala:

- § Ruolo di governo della salute (T0)
- § Ruolo di governo della sanità
- § Ruolo di gestione della sanità
- § Ruolo di governo della salute (T1) verifica e monitoraggio
- § Trasversale

La tabella seguente esplicita le funzioni essenziali del Distretto come “nodo” del sistema:

RUOLO	FUNZIONI	AZIONI
GOVERNO DELLA SALUTE (tempo 0)	§ Conoscenza dei bisogni sanitari e socio-sanitari (carattere multidimensionale dell'analisi)	§ Profilo di comunità-Profilo di salute/Diagnosi di comunità/Relazione di Distretto § Audit utenza § UVD integrata socio-sanitaria
	§ Analisi della produzione e integrazione con l'offerta dei servizi socio-sanitari	§ Relazione di distretto § “PAD”
	§ Programmazione integrata con la programmazione sociale degli ambiti	§ Audit comunitario § Audit istituzionale § “PAD”- PCS -Piano sociale di Zona
GOVERNO DELLA SANITÀ	§ Determinazione offerta prestazionale	§ “PAD” § Carta dei servizi
	§ Accesso e fruibilità dei servizi	§ Carta dei servizi § Sportello per la salute integrato con Ufficio di Promozione Sociale § UVD integrata socio-sanitaria
	§ Implementazione standards di processo e di prodotto	§ Adozione linee guida § Percorsi e procedure § Sistema qualità § Modalità di presa in carico
	§ Valorizzazione risorse	§ Piani di formazione e aggiornamento mirati anche al sostegno dei percorsi di integrazione socio-sanitaria (formazione congiunta) § Razionalizzazione strutture
	§ Valutazione e validazione interna	§ Sistema di controllo direzionale interno § Audit interno § Relazione di distretto
GESTIONE DELLA SANITÀ	§ Organizzazione gestionale	§ Messa in rete risorse § Integrazione delle risorse socio-sanitarie
	§ Gestione clinico-professionale strategica	§ Progetto personalizzato § Committenza interna § Raccordo con interventi e prestazioni sociali
	§ Gestione operativa dei casi	§ Presa in carico operativa e monitoraggio periodico § Care management § Case management § Raccordo con interventi e prestazioni sociali
GOVERNO DELLA SALUTE (tempo 1)	§ Valutazione esiti	§ Dimensione individuale (outcome) § Dimensione collettiva (Diagnosi di comunità/Relazione di Distretto)
	§ Validazione	§ Audit istituzionale § Audit comunitario § Audit utenza
TRASVERSALE	§ Sistema informativo (integrato socio-sanitario)	§ Progettazione § Implementazione

Il governo clinico, nella dimensione dell'*appropriatezza* delle prestazioni, attiene alla capacità di erogare prestazioni *efficaci* ed *adeguate* in rapporto ai bisogni dell'utenza, in coerenza con le necessità cliniche ed assistenziali ed economicamente sostenibili.

L'*efficacia* è strettamente correlata alla capacità della prestazione di modificare in modo positivo il quadro clinico e lo stato di salute utente-destinatario.

L'*adeguatezza* è strettamente correlata alla capacità del servizio di fornire prestazioni efficaci in modo tempestivo e con un buon livello di qualità, considerando le dimensioni percepite come significative dal cittadino-utente.

Alcuni fattori che contribuiscono a definire il livello di adeguatezza sono i seguenti:

- § presa in carico complessiva e garanzia di continuità assistenziale;
- § tempestività delle cure;
- § accessibilità e fruibilità dei servizi;
- § orientamento al servizio e attenzione a tutte le dimensioni di qualità percepite;
- § sicurezza degli ambienti e delle prestazioni.

Gli strumenti del governo clinico che il Distretto può sviluppare sono i seguenti:

- § monitoraggio dei livelli di appropriatezza attraverso la progettazione di percorsi condivisi, definiti in stretta relazione con le risorse esistenti;
- § attivazione di sperimentazioni guidate di "audit clinico";
- § attivazione di meccanismi di integrazione sia a livello organizzativo che professionale;
- § monitoraggio del livello di gradimento dei servizi offerti al cittadino-utente;
- § progettazione di protocolli per la gestione del rischio.

## 1.2. IL DISTRETTO E IL RUOLO DEL "PAD"

Il Programma delle Attività Distrettuali è uno strumento per definire la "direzione di marcia" del Distretto, quale articolazione rappresentativa di tutto il contesto territoriale.

Il "PAD", proposto dal Direttore di Distretto con la collaborazione dell'UCAD e su parere del Comitato dei Sindaci di Distretto, è definito d'intesa tra il Direttore di Zona e i Comuni stessi.

Tale definizione avviene sulla base delle risorse assegnate, tenuto conto delle priorità definite a livello aziendale.

È approvato dal Direttore di Zona con specifico atto ex art. 19, comma 3, L.R. 13/03.

Per la parte del "PAD" relativa all'integrazione socio-sanitaria il Direttore di Distretto è supportato dal Coordinatore d'Ambito e dall'Ufficio di Piano.

Attraverso il "PAD" il Distretto si propone in modo qualificato alla realtà locale cercando di perseguire le seguenti finalità:

- § esprimere e comunicare il "valore" dei servizi prodotti dal distretto;
- § porre le basi per la costruzione del "progetto di salute" della comunità locale;
- § costruire una relazione positiva con chi partecipa alla "rete integrata" di servizi socio-sanitari.

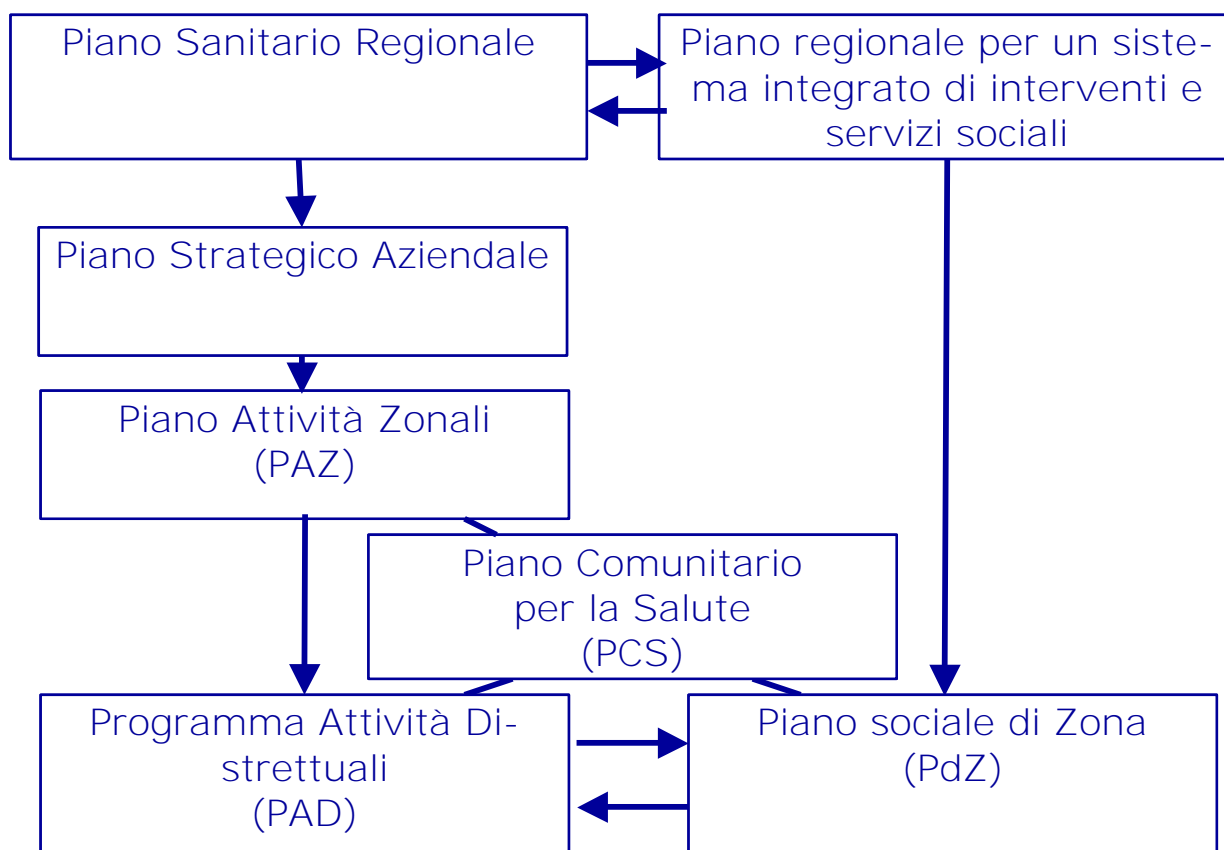
Strumenti chiave per tale scopo sono:

- § Appropriatelyzza
- § Organizzazione a rete
- § Integrazione socio-sanitaria

- § Accessibilità e continuità delle cure
- § Comunicazione interna ed esterna

### 1.3. LA PROGRAMMAZIONE NEGOZIATA E IL SISTEMA DI PARTNERSHIP

La costruzione del “PAD” si muove all’interno del Piano delle Attività Zonali e delle coordinate definite dai Piani Comunitari della Salute:



Sotto il profilo metodologico gli strumenti di indirizzo e di governo sperimentati localmente devono puntare a realizzare un modello di “programmazione negoziata” in sanità attraverso gli UCAD e il Comitato dei Sindaci.

Costituiscono parte integrante del processo di “programmazione negoziata” il confronto permanente con le espressioni della società civile (comitati, associazioni, organi consultivi, confederazioni sindacali, consulte, forze politiche, ecc.), chiamate a: collaborare al percorso di costruzione delle decisioni, contribuire alla verifica dei risultati e presidiare in particolar modo la capacità del servizio sanitario.

L’attivazione delle forze più significative del tessuto sociale è il requisito indispensabile per attivare un sistema di monitoraggio dell’assistenza e per verificare il rispetto dei principi di eticità, equità e qualità percepita. Vanno anche favoriti e promossi, insieme alle Autonomie locali, programmi di sussidiarietà orizzontale, capaci di valorizzare le diverse risorse presenti sul territorio e di contribuire ad innalzare i livelli di qualità e ricchezza complessiva dell’offerta erogata, senza deresponsabilizzare le istituzioni pubbliche.

Questa strategia di coinvolgimento attivo di tutti coloro che possono contribuire ad integrare i servizi essenziali dell’assistenza sanitaria e sociale è indispensabile per garantire un’adeguata e qualificata continuità dell’assistenza, integrando e non sostituendo il sistema pubblico.

Fondamentale in questo ambito è il ruolo del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta che sono coinvolti in modo attivo nella programmazione distrettuale, come evidenziato anche nel loro CCNL di categoria, al fine di dare una risposta esaustiva al bisogno assistenziale della cronicità; sono quindi inseriti quali interpreti attivi nella selezione dei bisogni sanitari e di eventuale sostegno a quelli sociali, oltre che promotori di nuove sperimentazioni rispetto alla pratica professionale come le Equipes Territoriali o l'attivazione dei Percorsi di Orientamento alla Salute.

La presenza attiva del MMG/PLS nei pool di monitoraggio dell'appropriatezza, (Art.15 bis DPR 270/00 e Art. 14 DPR 272/00) renderà il medico più consapevole dell'impatto che ha sull'intero sistema di finanziamento distrettuale, dando l'avvio a una progettualità che, ratificata negli UCAD e inserita nel "PAD", potrà portare all'individuazione di percorsi virtuosi, orientati a un'ulteriore appropriatezza /razionalizzazione, consentendo così di migliorare la qualità del sistema delle cure territoriali, il potenziamento della rete dei servizi e dell'organizzazione delle attività della medicina generale.

#### 1.4. PERCORSI, TEMPI E MODI DELLA SPERIMENTAZIONE DEL "PAD" PER IL 2005

L'obiettivo del "PAD" è quello di essere lo strumento operativo dell'integrazione degli interventi a promozione e tutela della salute a livello distrettuale.

Una simile impostazione presuppone però la capacità di superare una programmazione basata solo sui bisogni sanitari, ma riconoscere che *"nelle società moderne, l'organizzazione sociale, il sistema economico produttivo, l'assetto del territorio abbiano un profondo impatto sulla salute, dato che influiscono sulle condizioni di vita, sulla distribuzione dei rischi, sulla distribuzione delle risorse, sulla tipologia dell'offerta"* (Piano Sanitario Regionale - PSR - Marche: un'alleanza per la salute)

#### Il percorso per la costruzione del "PAD"

Ogni presupposto per la costruzione del "PAD" implica l'esistenza a monte di un'attività di conoscenza, rappresentazione e valutazione.

Il processo logico per la costruzione del "PAD" può essere rappresentato come nello schema seguente e vede come prodotto intermedio del processo stesso la Relazione di Distretto, già prevista dal PSR:

- § creazione da parte del Direttore di Zona di uno staff a livello distrettuale, quale estensione dell'UCAD sul versante interno alla sanità e con il supporto del Coordinatore dell'Ambito sociale e dell'Ufficio di piano, per l'elaborazione, l'esecuzione e la verifica del PAD (è importante che vengano formalizzati impegni precisi nei confronti di tutti gli attori con specifiche responsabilità sulla raccolta e l'invio dei dati);
- § attivazione di un sistema informativo ad hoc che tenga in considerazione anche i dati non sanitari per l'analisi del bisogno di salute, raccordato al sistema informativo sociale degli Ambiti territoriali;
- § elaborazione del "PAD" attraverso l'apporto sinergico delle molteplici realtà presenti a livello territoriale e di ambito, concordando con il Coordinatore dell'Ambito sociale anche il possibile apporto dei "tavoli di concertazione" per il Piano sociale di Zona;
- § interazione tra Distretto e Direzione Zonale per verificarne sia la coerenza con gli obiettivi zonali che la disponibilità delle risorse necessarie per il raggiungimento degli obiettivi;
- § approvazione del "PAD" da parte del Direttore di Zona, con il parere del Comitato dei Sindaci.

Il processo metodologico per la costruzione del "PAD", sviluppato nei successivi paragrafi, prevede le seguenti fasi:

#### § Fase preparatoria

Consiste nella raccolta e nella lettura ordinata di tutto il patrimonio di informazioni pertinenti e reperibili a livello di Distretto che coinvolga e responsabilizzi tutte le componenti presenti sul territorio (Dipartimenti e Presidio ospedaliero); si tratterà di registri, anagrafi, dati, statistiche, ecc. comunque costituenti patrimonio informativo e suscettibile di contribuire alla costruzione del basamento informativo, starter del processo. Uno degli strumenti da utilizzare per questo scopo può essere la “matrice delle responsabilità” (un esempio è riportato in allegato).

Già in questa fase è possibile/necessario avviare l’attività di valutazione che è centrale per il governo della salute: ne sono titolari i soggetti di governo del Distretto/Ambito, che esprimono giudizi e formulano proposte su mandato comunitario

La valutazione, in tutto il percorso del “PAD”, potrà giovare di “alberi valutativi” come quello allegato in termini di “Rischi, Danni, Obiettivi, Attività, Risorse”.

#### § *Analisi retrospettiva*

È una fase di osservazione/descrizione caratterizzata da:

##### - *la rappresentazione*

Attraverso le relazioni di settore, rendiconti e sintesi di informazioni, selezionate e orientate dal servizio che ne ha promosso la produzione; sono atti importanti per il reperimento dei dati anche se inadeguati ad una utilizzazione immediata a finalità valutativa;

##### - *la connotazione*

Lo strumento connotativo è la Relazione di Distretto. Quando precisi soggetti con ruoli specifici, selezionano informazioni tendenzialmente elementari per costruirne un’“immagine”, connotano informazioni. Ciò serve a concludere che un’“immagine informativa” per il governo della salute in un Distretto non può basarsi ed esaurirsi in una relazione settoriale, né in una “somma” di relazioni dello stesso tipo. Serve piuttosto un’“immagine informativa ad alta connotazione” costruita con un procedimento rigoroso da parte di soggetti specifici, competenti, con ruoli e un fine dichiarato: sono i soggetti di governo, istituzionali o investiti legittimamente nel ruolo e abilitati ad assumere provvedimenti.

#### § *Analisi prospettica*

Con la definizione degli obiettivi e delle priorità.

#### § *Pianificazione*

Vengono esplicitati in modo dettagliato gli elementi individuati dalle fasi precedenti e collegati in una prospettiva operativa fatta di: ruoli, responsabilità, relazioni, azioni e tempi.

#### § *Esecuzione*

Con l’identificazione dei processi e delle procedure di attivazione/esecuzione del “PAD” e con l’effettivo “governo” delle azioni da esso previste.

#### § *Monitoraggio e controllo*

Con l’applicazione degli strumenti di verifica e di valutazione *in itinere* e di esito predisposti in fase di programmazione.

Le presenti Linee guida sono “sperimentali” come “sperimentale” sarà la elaborazione e l’attuazione del “PAD” per l’anno 2005.

I tempi “normali” di elaborazione del “PAD” non potranno essere quelli che si avranno per il 2005 anche in relazione al necessario raccordo temporale tra definizione del budget di Distretto e la costruzione del “PAD” stesso.

D’altra parte il fatto di essere ancora all’interno del biennio transitorio previsto dalla L.R. 13/03 permette di sperimentare sul campo un’attività progettuale con l’obiettivo di raffinarla e renderla più aderente ai bisogni e ai contesti locali mantenendo la prospettiva unitaria a livello regionale.

In questo senso si reputa realistico indicare il 30 giugno 2005 come termine per l’approvazione del “PAD” sperimentale; tale termine ultimo si giustifica anche per la coincidenza con la scadenza di presentazione dei Piani sociali triennali di Ambito territoriale.

In considerazione della particolarità della situazione attuale, della innovatività e della complessità che il “PAD” comporta si ravvisa la necessità di sostenere un processo unitario di costruzione tra i Distretti delle Marche per cui verrà sviluppato un accompagnamento formativo che coinvolgerà i

Direttori di Distretto sia nella fase progettuale che esecutiva e di verifica e valutazione dei “PAD” per il 2005.

La raccolta e la valutazione partecipata dei “PAD” sperimentali del 2005 permetterà all’ASUR di acquisire elementi conoscitivi importanti, criticità e eccellenze, che permetteranno di sviluppare le Linee guida “ordinarie” per le elaborazioni successive del “PAD”, dal 2006 in poi.

## 2.1. L’ANALISI RETROSPETTIVA

### 2.1.1. La Relazione di Distretto

La Relazione di Distretto è definibile come uno strumento di conoscenza sistematica ad alta connotazione utile alla definizione delle strategie di politica sanitaria, mirato a produrre e ad ufficializzare analisi relative alla domanda di salute, all’offerta di servizi, alle attività erogate, ai risultati conseguiti, alle risorse messe in campo. La sua finalità principale è l’esplicitazione, in un unico quadro d’insieme, attraverso una metodologia partecipativa e una modalità di comunicazione facilmente fruibile, non solo di elementi descrittivi delle attività sanitarie, ma di riflessioni analitiche e critiche, cioè di informazioni realmente utili a generare scelte e azioni.

In questo senso la Relazione di Distretto rappresenta uno strumento potenzialmente in grado di offrire l’opportunità per una profonda riflessione critica sull’operato dei servizi; può essere considerata un rendiconto della gestione che contiene informazioni utili per alimentare i processi di pianificazione successivi.

La Relazione si compone fondamentalmente di due elementi:

- § L’analisi del contesto territoriale che deve definire:
  - il profilo di comunità;
  - la diagnosi di comunità.
  
- § L’analisi dell’ambiente interno come osservazione e considerazione su:
  - modalità organizzative e attività di Distretto;
  - condizioni ambientali (“clima”), accoglienza e integrazione socio-sanitaria;
  - punti di forza e di debolezza complessivi ed evoluzione tendenziale.

*- Il contesto territoriale: il profilo di comunità, la diagnosi di comunità*

Proprio perché la Relazione di Distretto non vuole essere uno strumento di semplice elencazione dell’offerta, ma uno strumento “analitico”, di conoscenza e non di semplice informazione, l’elemento centrale attorno a cui ruoterà sarà *il profilo di salute* della comunità.

Il grande sforzo è pertanto quello di ricomporre in un unico quadro iniziative, bisogni e flussi informativi che derivino non solo dall’attività del Distretto, ma anche da quelle di altre realtà territoriali, al fine di conoscere e approfondire i fenomeni che si configurano come momenti critici per i diversi aspetti della salute.

Fondamentale per questo aspetto è l’integrazione con il Piano sociale dell’Ambito territoriale che è lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari.

È auspicabile che già da questa prima sperimentazione del “PAD” il profilo di comunità sia comune a quello che va predisposto per il Piano sociale d’Ambito.

Valide fonti di informazione potrebbero essere: le amministrazioni comunali, il sistema scolastico, le comunità montane, le cooperative sociali ed i loro consorzi, le organizzazioni sindacali, le orga-

nizzazioni imprenditoriali, le associazioni di promozione sociale, le associazioni di volontariato e di auto-aiuto, le associazioni ricreative e culturali, le parrocchie, gli organi di pubblica sicurezza.

Una esemplificazione di alcuni possibili elementi da tenere in considerazione nella elaborazione del *profilo di comunità* sono i seguenti:

#### La situazione demografica-sociale

- Estensione territoriale
- Popolazione: residenti, densità abitativa, suddivisione per genere sessuale e per fasce di età, immigrazione (regolare, clandestina), fecondità, natalità
- Profilo socio-economico
- Forza lavoro: occupata/disoccupata, occupazione femminile, pensionati
- Istruzione, scolarità, dispersione scolastica
- Caratteristiche della popolazione anziana
- Disabilità, invalidi civili
- ...

#### I bisogni e la domanda di salute

- Flussi informativi sanitari
- Schede di morte ISTAT (mortalità standardizzata, mortalità evitabile)
- Scheda di dimissione ospedaliera, SDO (morbidità ospedaliera, tassi di ospedalizzazione, chiamate al 118)
- Notifica malattie infettive
- Rilevazioni dirette MMG e PLS
- Registri di patologia
- Attività di screening
- Registro farmaceutico esenzioni per patologia
- ...

#### L'ambiente di vita e di lavoro

- Consumo di alcool
- Consumo di tabacco
- Consumo di droghe
- Incidenti del "sabato sera"
- Incidenti domestici
- Industrie insalubri
- Malattie professionali
- ...

#### I programmi e attività di prevenzione

- Infezione da HIV
- Infortuni sul lavoro
- ...

Al termine del processo di costruzione del profilo di comunità il Distretto dovrebbe disporre di elementi sufficientemente idonei a costruire la *diagnosi di comunità*, cioè, nello specifico:

- § documentare la frequenza e la distribuzione dei fenomeni di salute/malattia;
- § conoscere i bisogni sanitari nella loro genesi, dinamica e distribuzione;
- § individuare i possibili fattori determinanti la distribuzione dei fenomeni/malattie;
- § identificare le "aree problematiche" cioè quei fenomeni sanitari, quelle aree geografiche o quelle condizioni organizzative dei servizi che, in relazione alla loro rilevanza epidemiologica, richiedono un intervento prioritario in particolare riferito alle "fragilità" identificate dal PSR:
  - materno-infantile, giovani;
  - disabilità ed handicap;
  - anziani;

- salute mentale;
- dipendenze ed altre fragilità.

*- L'ambiente interno*

È la parte necessariamente descrittiva della relazione e deve ricomprendere una serie di analisi sul Distretto come organizzazione:

- § Analisi della modalità organizzativa e dell'attività di Distretto
  - Denominazione Unità di offerta
  - Descrizione delle attività offerte, dei servizi offerti, dei punti di erogazione
  - Struttura organizzativa
  - Analisi delle risorse
  - Descrizione delle attività svolte-specificazioni
  - Attività dirette e indirette di integrazione socio-sanitaria
  - Analisi delle interdipendenze e delle relazioni con altri soggetti
  - Analisi delle procedure rilevanti
  - Aspetti critici della cultura organizzativa
- § Analisi dell'organizzazione operativa delle prestazioni di integrazione socio-sanitaria
  - Mappatura delle prestazioni di integrazione socio-sanitaria
  - Accordi di programma con enti locali ecc.
  - Protocolli di intesa
- § Analisi dei punti di forza e di debolezza complessivi ed evoluzione temporale

*2.1.2. Portatori di interessi qualificati rispetto al "PAD"*

I portatori di "interessi qualificati" sono identificabili nei soggetti che sono coinvolti e/o interessati, a diverso titolo (professionisti e collaboratori dell'azienda, produttori di servizi sanitari, organi di rappresentanza, associazioni, ecc.), nel sistema di produzione ed erogazione dei servizi socio-sanitari.

Il Distretto si propone una politica attiva di coinvolgimento di tutti gli attori potenzialmente interessati, il cui contributo risulta indispensabile per una risposta qualificata alle esigenze di tutela della salute.

I soggetti da coinvolgere (sia interni che esterni al Distretto) e le modalità del loro coinvolgimento dovranno essere definiti in sintonia con le caratteristiche di ciascuno e questo implica, necessariamente, la costruzione di una "rete permanente" di legami organici con la realtà locale capaci di garantire un costante flusso bidirezionale tra tutti i soggetti inseriti nelle maglie della rete.

La costruzione di questi legami richiede una strategia di comunicazione mirata, in funzione della specificità e della qualità delle relazioni con i differenti interlocutori.

Specifiche azioni dovranno essere dirette nelle seguenti direzioni:

- § coinvolgimento diretto del personale operante all'interno del Distretto, in qualità di "produttori di servizi" compresi i medici convenzionati nella loro peculiarità di soggetti dell'offerta e della domanda;
- § coinvolgimento dell'utenza, e dei suoi organi rappresentativi, in qualità di destinatari, reali o potenziali;
- § coinvolgimento dei soggetti istituzionali con funzioni rappresentative, espressione diretta di interessi delle comunità locale (organi di rappresentanza istituzionale);

- § coinvolgimento delle organizzazioni (associazioni, cooperative sociali...) operanti nel tessuto sociale, in qualità di soggetti organicamente inseriti nella rete del sistema di erogazione dei servizi;
- § coinvolgimento delle forze sociali, sindacali e politiche espressive di forme di rappresentanza, diretta o indiretta, di interessi generali e specifici della comunità locale, con possibili risvolti sui servizi socio sanitari.

Tutti questi coinvolgimenti meritano di essere posti all'interno di una matrice di programma che definisca puntualmente ruoli, funzioni, strumenti, attese sistemiche.

La costruzione dei legami con i portatori di "interessi qualificati" del Distretto deve, progressivamente, integrarsi con l'analogo percorso attivato dal versante sociale per la consultazione, la concertazione, la coprogettazione dei Piano sociali d'Ambito territoriale. In particolar modo si reputa opportuno suggerire che Direttore di Distretto e Coordinatore d'Ambito attivino congiuntamente "tavoli di concertazione" integrati socio-sanitari per tutte le tematiche afferenti all'area socio-sanitaria.

## 2.2. L'ANALISI PROSPETTICA

L'analisi prospettica è la parte più propriamente progettuale del "PAD", nella quale si dà una risoluzione alle problematiche evidenziate in precedenza, dopo aver fatto propri gli indirizzi dei vari livelli di pianificazione ed aver concertato gli esiti.

In linea molto generale i progetti in sanità, nascono da:

- non copertura di un bisogno nella popolazione di riferimento;
- presenza di risultati operativi non soddisfacenti;
- adeguamento a vincoli normativi.

È in questa fase che lo schema "Rischi, Danni, Obiettivi, Attività, Risorse" (riportato come esempio in allegato), utilizzato in fase di valutazione *ex ante*, viene sviluppato per le diverse aree di intervento venendo a costituirsi come strumento di riferimento operativo costante per la progettazione, la realizzazione e la verifica dal "PAD".

### 2.2.1. Individuazione e definizione degli obiettivi del "PAD"

Sulla base delle informazioni e del quadro che si è delineato del territorio di competenza, vengono individuati gli obiettivi tesi alla risoluzione di problemi emersi.

È importante distinguere tra obiettivi generali e specifici e corredare ogni obiettivo con indicatori di processo e di esito.

L'indicatore di processo serve a descrivere le modalità attraverso cui il sistema sanitario agisce sul paziente. Tipicamente gli indicatori di processo descrivono volumi di prestazioni (numero di ricoveri, numero di esami di laboratorio, quantità di farmaci prescritti, incidenza di piaghe da decubito, ecc.).

Gli indicatori di esito dovrebbero descrivere il risultato ottenuto con le attività sanitarie, ma dato che misurare la salute è spesso difficile, si ricorre ai cosiddetti "proxy" o indicatori approssimati. Per esempio l'incidenza di casi di influenza può misurare il successo di una campagna di vaccinazione.

### 2.2.2. Individuazione e specificazione delle priorità del "PAD"

Successivamente alla definizione degli obiettivi vanno definite, tra essi, le priorità. Schematizzando si potrebbero individuare alcune categorie di priorità:

- § **Bisogno/domanda:** questo vale per obiettivi che tendono a attivare nuove attività tendenzialmente generiche e rivolte alla collettività in ad esempio lo sportello della salute, ambulatori specialistici
- § **Gruppi target:** riguarda obiettivi rivolti a particolari categorie di utenti, anziani, donne, disabili ecc.
- § **Efficacia/efficienza:** riguarda obiettivi tipo, liste di attesa, reingegnerizzazione di processi ecc.

### 2.3. LA PIANIFICAZIONE

L'attività di pianificazione consiste nell'esplicitare in modo più dettagliato che cosa si vuole fare e in particolar modo, rispetto al "*che cosa*" risultato atteso, specificare il "*quando*" scadenza alla quale si pensa di raggiungere il risultato e il "*quanto*" cioè le risorse economiche e umane investibili nel progetto.

A partire dalla scheda "Rischi, Danni, Obiettivi, Attività, Risorse" vengono sviluppate, in maniera analitica, le diverse modalità operative e questo permetterà di costruire un dispositivo di accompagnamento operativo del "PAD".

#### 2.3.1. Piano delle azioni, delle attività, dei servizi

Vanno esplicitate le azioni per ogni settore di intervento, specificando anche le azioni e le relazioni direttamente o indirettamente collegate alla integrazione socio-sanitaria:

Settori di intervento:	Dimensioni operative:
§ Materno-infantile, giovani	§ Medicina generale
§ Disabilità ed handicap	§ Specialistica
§ Anziani	§ Prevenzione
§ Salute mentale	§ Educazione sanitaria
§ Dipendenze a altre fragilità	§ Semplificazione delle procedure amministrative

#### 2.3.2. Relazioni intrazonali e raccordo con il Piano di Zona

Nell'ambito della gestione dei servizi a valenza zonale il Distretto può e deve rappresentare il punto focale all'interno del quale il sistema produce integrazione, mette in rete interventi realizzati da attori diversi (Dipartimento Prevenzione, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento Dipendenze Patologiche, Presidi ospedalieri).

Il Distretto si fa quindi garante della solidità e della fluidità dei legami che connettono i nodi della rete, minimizzando logiche di competizione o di deresponsabilizzazione che in un'ottica di sistema non fanno altro che alimentare i costi.

Questo è vero particolarmente per quanto riguarda gli ospedali, che rischiano di sentirsi "altro" rispetto al territorio e di ragionare con un'ottica di convenienza particolare, perdendo di vista una convenienza di sistema che molto influisce sia sugli esiti delle azioni per la salute che sui costi.

Il Distretto quindi:

- § Garantisce l'organizzazione dei programmi di assistenza, creando e sostenendo le relazioni tra attività e servizi che degli interventi dipartimentali sul territorio.
- § Cura la definizione delle procedure.
- § Predisporre programmi di verifica e miglioramento della qualità degli interventi.
- § Assicura la valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti.

## § Cura la documentazione sanitaria.

Per promuovere scelte finalizzate all'integrazione socio-sanitaria è necessario garantire unitarietà al processo programmatico tra Piano sociale dell'Ambito territoriale e Programma delle Attività Distrettuali, quindi se il "PAD" rappresenta lo strumento programmatico distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria, il Piano sociale d'Ambito è lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari.

Quindi risulta fondamentale che i due strumenti siano gestiti nell'ambito di un'unica matrice programmatica attuata in modo integrato e in stretta collaborazione tra Direttore di Distretto e Coordinatore d'Ambito.

Rispetto alla differente estensione temporale dei due atti (triennale il Piano sociale d'Ambito e annuale il "PAD"), in attesa di un'auspicabile regolamentazione a livello normativo, si suggerisce di favorire la previsione di stralci annuali del Piano sociale d'Ambito triennale da coordinare con il PAD annuale (come indicato dalle Linee guida regionali per i Piani sociali d'Ambito).

### *2.3.3. Pianificazione economico-finanziaria*

In ogni progetto è indispensabile pianificare l'uso delle risorse nella loro tipologia, nella loro entità, e nel loro tempo di utilizzo.

Le risorse possono essere classificate come:

§ Umane

§ Attrezzature e servizi

§ Beni di consumo

§ Disponibilità finanziarie (compatibilità con il budget di Distretto)

Per facilitare la pianificazione economico-finanziaria del "PAD" può essere utilizzata una scheda come la seguente:

#### *Scheda di rilevazione delle risorse*

Attività/Progetto:			
	Risorse Umane	Attrezzature e servizi	Beni di consumo
Tipologia risorse			
Quantità necessaria			
Tempo di utilizzo			
Quantità disponibile			
Quantità da reperire			
Quantificazione economico-finanziaria			
Disponibilità finanziaria (dal budget di Distretto)			
Eventuali altri finanziamenti			

## *2.4. L'ESECUZIONE*

### *2.4.1. Sistema delle relazioni e delle responsabilità per l'esecuzione delle attività*

Il “PAD” esige una “programmazione negoziata” tra il Distretto sanitario e la Direzione della Zona territoriale perché mira a definire i risultati di salute attesi, le attività previste e le risorse assegnate, che devono essere integrate all’interno del budget di Zona.

Per l’esecuzione del “PAD” è necessario avviare una serie di processi:

- § le strutture operative identificate dal sistema di ruoli, responsabilità, relazioni predisposto nella fase di pianificazione avviano la propria attività;
- § lo staff distrettuale per l’attivazione del “PAD” svolge funzioni di raccordo e coordinamento;
- § manutenzione del sistema informativo ad hoc (in relazione alla raccolta e all’elaborazione dei dati sull’attività previsti in fase progettuale);
- § verifica periodica dell’attuazione del “PAD” anche attraverso il confronto con le diverse realtà presenti a livello distrettuale.

Importante in questa fase è anche pianificare con cura le responsabilità dei singoli individui e delle relazioni interpersonali.

In un’organizzazione per funzioni la responsabilità primaria di una persona viene definita dal tipo di mansioni ad essa affidate e dalla sua qualifica, mentre le sue responsabilità per attività di supporto (responsabilità secondarie) si risolvono spesso in modo implicito all’interno della linea gerarchica della funzione di appartenenza.

È necessario quindi definire le responsabilità primarie e di supporto delle persone coinvolte delineando il loro ruolo all’interno del progetto.

Lo strumento della “matrice delle responsabilità” può essere positivamente utilizzato anche in questa fase esecutiva in quanto permette di intersecare le attività e i compiti delineando bene le responsabilità di ognuno (un esempio è riportato in allegato).

#### *2.4.2. Le modalità di esecuzione delle attività*

Nella fase di esecuzione del “PAD” viene messo in atto quanto pianificato precedentemente, facendo ciò che deve essere fatto nel “*momento giusto e nel giusto ordine*”.

Anche in questa fase può essere di riferimento la scheda “Rischi, Danni, Obiettivi, Attività, Risorse”, associando ad essa le procedure organizzative necessarie per la realizzazione delle azioni previste.

### *2.5. MONITORAGGIO E CONTROLLO*

#### *2.5.1. Monitoraggio in itinere delle attività*

L’attività consiste nel controllare l’andamento delle attività programmate nel “PAD” rispetto alle scadenze prefissate, in modo di accorgersi in tempo se c’è qualcosa che non va.

Piuttosto che focalizzarsi su quanto già realizzato è importante proiettare lo sguardo in avanti per verificare il rispetto del programma e degli obiettivi prefissati. Va previsto un monitoraggio con periodicità, al massimo, trimestrale in quanto sarà questa azione che, più ancora della verifica finale, permetterà di individuare per tempo le eventuali azioni correttive necessarie in caso di scostamenti tra risultati ed obiettivi.

#### *2.5.2. Monitoraggio dell’ottenimento degli esiti previsti*

Entro il mese successivo alla conclusione del periodo di attuazione del “PAD”, utilizzando gli indicatori previsti in fase di progettazione, è necessario verificare il livello di raggiungimento dei risultati previsti.

### 2.5.3. Modalità di individuazione delle eventuali azioni correttive in caso di scostamenti

Nessun progetto viene completato nel modo in cui era stato pianificato. Se i cambiamenti sono inevitabili è necessario prevedere un sistema che assicuri che ciò che viene cambiato non stravolga il lavoro.

Per superare ostacoli ed imprevisti, facendo attenzione a non danneggiare lo spirito di gruppo, sono possibili diverse azioni:

- § Rinegoziare gli obiettivi o i risultati di una singola attività.
- § Recuperare nelle fasi successive.
- § Impiegare più risorse, incentivare il personale.
- § Cercare risorse alternative a quelle non più disponibili.
- § Modificare la tipologia delle risorse mancanti.

#### ALLEGATO A

##### Schema: “Rischi, Danni, Obiettivi, Attività, Risorse”

*Un ipotesi di sviluppo:*

Popolazione target	Condizioni di rischio	Conseguenze sulla salute (danni)	Obiettivi	Attività	Risorse
Anziani e anziane a rischio	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Fragilità</li> <li>§ Vita in solitudine, abitazione con barriere architet., ridotta mobilità</li> <li>§ Eventi stressanti</li> <li>§ Ridotta mobilità o disabilità</li> <li>§ ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Perdita di autonomia</li> <li>§ Infortuni domestici</li> <li>§ Disturbi depressivi</li> <li>§ Declino psico-fisico</li> <li>§ Incontinenza</li> <li>§ Patologie cronico-degenerative</li> <li>§ ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Tutela anziani nel periodo estivo</li> <li>§ Aumentare le conoscenze sull'uso dei farmaci</li> <li>§ Attivare un percorso di dimissione protetta</li> <li>§ Facilitare la gestione del paziente cronico-deg. A domicilio</li> <li>§ ....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Controllo periodico domiciliare</li> <li>§ Educazione sanitaria</li> <li>§ Attivazione centri diurni</li> <li>§ Protocolli di intesa con il Comune</li> <li>§ Incremento ore di ADI</li> <li>§ ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Sanitarie</li> <li>§ Sociali</li> <li>§ Volontariato</li> <li>§ ...</li> </ul>

#### ALLEGATO B

##### Matrice delle Responsabilità - Fase Preparatoria

*Un ipotesi di sviluppo:*

FUNZIONI/COMPITI	DATI STATISTICI	DATI EPIDEMIOLOGICI	DATI DI ATTIVITA'	...
PREVENZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Incidenti sul lavoro</li> <li>§ Malattie infettive</li> <li>§ ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Mortalità per causa</li> <li>§ Copertura vaccinale</li> <li>§ ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ N° vaccinazioni antinfl.</li> <li>§ ...</li> </ul>	
CURE PRIMARIE	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ N° MMG</li> <li>§ N° PLS</li> <li>§ N° interventi ADI</li> <li>§ ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ N° pz in ADI su totale delle richieste</li> <li>§ Patologie prevalenti</li> <li>§ ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ N° prestazioni infermieristiche</li> <li>§ ...</li> </ul>	
...				

## ALLEGATO C

### Matrice delle Responsabilità - Fase Esecutiva

*Un ipotesi di sviluppo:*

ATTIVITA'/ COMPITI	PROGETTAZIONE OPERATIVA	ESECUZIONE	CONTROLLO	VERIFICA FINALE
Controllo periodico domiciliare	§ Direttore distretto § Resp.Cure Primarie	§ Ufficio acquisti § Resp.cure primarie	§ Capo sala	§ Direttore distretto
Educazione sanitaria sul corretto uso del farmaco	§ Referente settore educazione sanitaria	§ MMG § Referente settore E.S. ? § Referente settore anziani	§ Referente educazione sanitaria	§ Direttore distretto
Protocolli di intesa con comuni per assistenza in case protette	§ Direttore distretto § Coordinatore ambito sociale § Dirigenti sociali dei Comuni	§ Referente area anziani § Servizi sociali comunali	§ Direttore di distretto § Coordinatore di ambito	§ Direttore di distretto § Coordinatore d'ambito
...	§	§	§	§