



ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE NOI PER LA SALUTE – TINA ANSELMI

CALTANISSETTA, CASA DELLE CULTURE E DEL VOLONTARIATO, VIA XIBOLI 310

D.D.G. N° 785 del 11/04/2023 Iscrizione nella sezione “A.P.S. di Promozione Sociale “ del R.U.N.T.S.

Pec : noiperlasalutetinaanselmi@pec.it

Email : noiperlasalute@gmail.com

IBAN : IT66K0895216701000000139083

www.noiperlasalutetinaanselmi.it

C.F.: 92075010857 Tel. 0934 584206

DOCUMENTO

“ CURE PRIMARIE E SERVIZI TERRITORIALI “

Uno degli obiettivi che la l' Associazione di Promozione Sociale “ Noi per la salute “ Tina Anselmi si prefigge è approfondire il tema delle cure primarie e dei servizi territoriali.

Al fine di contestualizzare al meglio gli argomenti che abbiamo in animo di trattare non si può prescindere dal richiamare alcune concetti fondamentali.

Cosa si intende per cure primarie ?

Le cure primarie rappresentano il primo livello di contatto dei cittadini, delle famiglie e della comunità con il Servizio Sanitario Nazionale che ha il compito di garantire l'assistenza sanitaria la dove la popolazione vive e lavora assicurando il primo livello di un processo continuo di assistenza.

Particolarmente efficace è quanto scritto da Julian Tudor Hart , considerato il paladino e il simbolo delle cure primarie per la passione e la generosità con cui praticava la professione di medico, e da Barbara Starfield, professoressa presso l'Università di Baltimora considerata un gigante nel campo delle cure primarie e delle politiche sanitarie :

“ di fronte alla complessità dei bisogni, quando la situazione clinica è spesso aggravata dalla povertà e dall'isolamento sociale, quando gli stessi pazienti spesso stentano, o addirittura rinunciano a manifestare le proprie necessità, le cure primarie devono attrezzarsi diversamente, devono innovare la loro organizzazione, tenendo conto che non sarà la tecnologia a trainare l'innovazione, come avviene nelle discipline specialistiche, bensì le scelte di politica sanitaria, la preparazione e la dedizione dei professionisti “.

Si è spesso evidenziato da organizzazioni istituzionali che l'afflusso ai Pronto Soccorso è spesso inappropriato e quindi determina sovraffollamento provocando difficoltà agli operatori sanitari con i relativi disservizi.

In realtà la pressione sui Pronto Soccorso è per lo più dovuta a episodi di riacutizzazione di malattie croniche, prevalentemente cardio-vascolari e bronco-polmonari, dove spesso la situazione clinica è complicata da condizioni sociali avverse. Si apre a questo punto il problema della gestione delle patologie croniche.

In Italia nel 2016 è stato pubblicato il Piano Nazionale delle Cronicità che contiene importanti innovazioni nell'organizzazione delle cure primarie.

Quali sono gli obiettivi che il Piano Nazionale delle Cronicità si prefigge di perseguire ?

- *L'equità nella salute e la lotta alle disuguaglianze ;*
- *La medicina di prossimità e la centralità della persona ;*
- *La gestione integrata e produttiva dei servizi e la creazione dei team multiprofessionali e multi disciplinari ;*
- *La capacità di valutare i risultati ;*
- *La necessità di una profonda innovazione nel campo della formazione.*

Quando un sistema sanitario presenta una ottimale organizzazione di cure primarie la diretta conseguenza è una migliore salute della popolazione.

Per valutare lo stato di salute della popolazione si prendono in esame degli indicatori che sono :

- *La mortalità per tutte le cause ;*
- *La mortalità prematura per tutte le cause ;*
- *La mortalità prematura causa-specifica per broncopneumopatie e malattie cardio-vascolari.*

Nel Settembre del 1978 in Kazakistan si è svolta la Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria di Base che è culminata nella Dichiarazione di Alma Ata :

“ L'assistenza sanitaria di base è parte integrante sia del Servizio Sanitaria Nazionale che dello sviluppo economico e sociale della comunità “.

Non si può non evidenziare che in molti paesi, anche in quelli a basso e medio reddito, gli investimenti sulla sanità sono andati a finanziare ospedali nelle aree urbane, in particolare nelle capitali, sottraendo risorse dove maggiori erano i bisogni.

Gavino Maciocco , ha svolto la professione di chirurgo, medico di famiglia, dirigente di ASL, attualmente docente di Sanità pubblica presso l'Università di Firenze, scrive nel testo “ Cure Primarie e Servizi Territoriali “ alcune riflessioni che si ritiene opportuno citare .

“ Pur non disponendo di studi recenti svolti in Italia, lavori internazionali hanno messo in evidenza che i disoccupati hanno una maggior probabilità di riferire cattive condizioni di salute rispetto agli occupati, con problematiche soprattutto respiratorie e cardiovascolari.

Ancora più numerose sono le evidenze che l'associazione esistente tra disoccupazione e stato di salute mentale, livelli di stress, disturbi del sonno e depressione, così come l'eccessivo consumo di alcool.

In tutto il mondo troppe persone soffrono o muoiono a causa di malattie croniche come cardiopatie, ictus, cancro, malattie respiratorie croniche e diabete.

Attualmente, quattro decessi su cinque per malattie croniche si verificano in paesi a reddito basso o medio basso (Fonti ISTAT e Healt Search).

Fino ad oggi il Servizio Sanitario Nazionale si è organizzato e ha investito quasi esclusivamente nel settore delle malattie acute.

Oggi, a fronte dello scenario epidemiologico mutato, le organizzazioni sanitarie devono riorientare il proprio approccio alle malattie croniche secondo il paradigma della sanità di iniziativa “.

E' di fondamentale importanza che il bisogno di salute venga riconosciuto prima dell'insorgenza della malattia o del suo aggravamento. Pensiamo per un attimo alle zone interne e periferiche e al fenomeno della desertificazione sanitaria cui si è assistito negli ultimi anni.

Allora dobbiamo necessariamente ragionare in termini forte impulso a quelle strategie sanitarie che devono garantire una adeguata attenzione ai bisogni di salute delle comunità.

In questo contesto un ruolo di fondamentale importanza lo devono svolgere i Sindaci nella loro funzione di massime autorità sanitarie ,anche nel contesto della Conferenza dei Sindaci, e le Associazioni del Terzo Settore.

Quindi la Medicina di Prossimità deve elaborare strategie finalizzate a garantire il diritto alla tutela della salute dei cittadini, compresi i migranti, i gruppi cosiddetti difficili da raggiungere, che vivono in condizione di particolare marginalità sociale.

E' importante ribadire la potenzialità che il modello di sanità di prossimità è in grado di esprimere nel medio e nel lungo periodo.

Queste potenzialità appaiono irrimediabilmente legate al superamento del carattere di emergenzialità degli interventi.

*Quando si parla di medicina di prossimità bisogna aver ben chiaro il ruolo del **Distretto Sanitario**.*

Il Distretto Sanitario ha un ruolo di fondamentale importanza nella gestione e nel coordinamento funzionale e organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e al contempo svolge il compito di centro di riferimento per l'accesso ai servizi erogati sul territorio al fine di assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione .

E' bene ricordare che il Distretto Sanitario è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economica-finanziaria con contabilità separata all'interno dell'ASP.

Nella nostra provincia esistono quattro Distretti Sanitari ubicati a Caltanissetta, San Cataldo, Gela e Mussomeli.

I Distretti godono di risorse specificatamente attribuite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento.

Le principali funzioni cui deve adempiere un Distretto Sanitario sono :

- preso atto della domanda di salute dei cittadini, ha la responsabilità di governare la stessa mediante un'attenta programmazione ;*
- erogazione diretta o indiretta dei servizi sanitari e socio-sanitari , sempre in funzione della valutazione dei bisogni individuati ;*
- Monitoraggio dei servizi a garanzia della qualità degli stessi.*

Un Distretto Sanitario efficiente ed efficace deve conoscere approfonditamente il quadro epidemiologico del territorio che in funzione delle variazioni registrate negli ultimi anni vede soprattutto un aumento della popolazione anziana e delle patologie croniche e degenerative.

Queste condizioni impongono una rimodulazione della rete dei servizi territoriali attraverso una rivalutazione delle sue componenti sanitaria e socio-sanitaria.

E' fondamentale, pertanto, attuare programmare interventi preventivi, precoci e di presa in carico globale degli assistiti che presentano queste caratteristiche cliniche.

Ma cosa prevede l'Assistenza Territoriale e Distrettuale ?

- Assistenza primaria e continuità assistenziale
- Assistenza domiciliare integrata
- Accesso ai servizi e presa in carico
- Assistenza alle persone non autosufficienti
- Assistenza alle persone con disabilità
- Specialistica ambulatoriale
- Salute mentale
- Dipendenze patologiche
- Ospedali di comunità
- Case di comunità
- Cure palliative e terapie del dolore
- Standard previsti dal DM 77 del 2022
- Emergenza sanitaria territoriale
- Assistenza farmaceutica
- Assistenza termale
- Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale
- Assistenza sociosanitaria residenziale e semi residenziale
- L'infermiere di famiglia

Ritengo di fondamentale importanza specificare cosa vogliano rappresentare queste definizioni.

Cosa si intende per medicina del territorio ?

Si intendono tutte quelle prestazioni sanitarie di primo livello e pronto intervento che hanno come scopo quello di prevenire l'aggravarsi delle condizioni di salute della persona e, allo stesso tempo, si pongono come alternative all'ospedalizzazione.

Cosa prevede la presa in carico territoriale ?

La presa in carico garantisce la continuità assistenziale nel tempo e nelle transizioni fra luoghi (domicilio/ospedale) e livelli di cura (cure primarie/specialistiche) per fornire, attraverso il coordinamento e l'integrazione multi professionale e multi disciplinare, una risposta articolata.

Come funzionano le Case di Comunità ?

Le case di Comunità rappresentano le vere strutture di riferimento, complete di tutte le dotazioni di servizio utili per la programmazione sanitaria e in cui la presenza medica è garantita h 24 per 7 gg su 7, anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale.

Quali servizi si trovano nella Casa di Comunità ?

- Area prelievi e vaccinazioni
- Cure primarie e continuità assistenziale
- Area ambulatori specialistici

- Area dei programmi di prevenzione e di promozione della salute
- Attività consultoriali
- Area servizi sociali del Comune.

Cosa fa il Medico di Comunità ?

Al fine di una efficace presa in carico territoriale, il medico di comunità promuove, coordina ed eroga specifici interventi di programmazione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità, di cura e assistenza, di riabilitazione e reintegrazione sociale degli individui affetti da patologie croniche, anche attraverso progetti e attività di equipe.

Cosa prevede il Decreto Ministeriale N°77 del 2022 ?

Prevede la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale e la definizione dei parametri di riferimento del personale e degli obiettivi strategici di riferimento.

Cos'è l'Ospedale di Comunità ?

L'ospedale di Comunità è una struttura della rete assistenziale e costituisce un'alternativa all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) nei casi in cui questa non sia possibile o per mancanza di un supporto familiare o perché necessaria un'assistenza infermieristica continuativa.

Si tratta di strutture operative 7 gg/7, con un assetto organizzativo di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

All'interno dell'ospedale di comunità dovranno esserci un coordinatore infermieristico, un infermiere e due operatori socio sanitari durante il turno diurno e un operatore socio sanitario per quello notturno. La gestione e l'attività nell'ospedale di comunità sono basate su un approccio multidisciplinare, multi-professionale ed interspecialistico, in cui sono assicurate collaborazioni ed integrazione delle diverse competenze. La responsabilità igienico-sanitaria dell'Ospedale di Comunità è in capo a un medico clinico.

Quale tipologia di pazienti è eleggibile per l'Ospedale di Comunità ?

Le categorie di pazienti individuati dal DM 77/2022 come potenzialmente eleggibili al ricovero in Ospedale di Comunità :

- pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio
- Pazienti affetti da multi morbidità provenienti da una struttura ospedaliera

Quanti giorni può durare la degenza all'interno di un Ospedale di Comunità ?

Il ricovero presso l'Ospedale di Comunità deve avere una durata non superiore a 30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte la degenza potrà prolungarsi ulteriormente.

Il ruolo dell'Infermiere di Comunità.

L'infermiere di comunità è il professionista che promuove e tutela la salute della comunità in collaborazione con altre figure quali il Medico di Medicina Generale, l'Assistente Sociale, gli infermieri domiciliari, altri specialisti e con tutte le risorse formali e informali (Comune, Associazioni di Volontariato, Parrocchie, etc.).

Quando una persona si definisce fragile ?

Si intendono quei pazienti spesso affetti da malattie croniche complesse, spesso multiple, con presenza di comorbidità, instabilità clinica, politerapia e con ridotta autosufficienza.

Chi ha diritto all'assistenza domiciliare gratuita ?

I destinatari sono i malati di qualsiasi età, cronici, terminali, pazienti con disabilità grave e gravissima, malati dimessi da Ospedali o Strutture Residenziali con le caratteristiche citate.

Cos'è il Patto di Cura per il paziente cronico ?

Il PAI è il documento di sintesi del programma annuale di diagnosi e cura, attraverso il quale il medico responsabile della presa in carico documenta la tipologia e la cronicità degli interventi diagnostico-terapeutici necessari alla persona sulla base del quadro clinico.

Cosa vuol dire Cure Intermedie ?

Il presidio di cure intermedie è una struttura extra ospedaliera residenziale temporanea destinata al paziente che è in situazione di malattia, ma non tanto grave da avere necessità di risiedere in ospedale, anche se organizzato per intensità di cure, e ancora non è sufficientemente stabilizzato per vivere al proprio domicilio.

Quali sono le cure domiciliari ?

Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico e limitare il declino funzionale.

Come attivare le cure intermedie ?

Per l'accesso alle cure intermedie i soggetti proponenti il ricovero (medico ospedaliero, medico di medicina generale, medico di unità di offerta socio-sanitaria) compilano la richiesta su ricettario regionale e la scheda unica di invio e valutazione che può essere presentata a più unità di offerta.

Che differenza c'è tra Casa di Riposo e Residenza Sanitaria Assistita (RSA) ?

Principalmente una casa di riposo è adibita ad ospitare anziani autosufficienti, la RSA anziani non autosufficienti. All'interno di una RSA deve sempre essere presente un medico H24 e degli infermieri.

Si può affermare che le RSA sono strutture non ospedaliere, ma comunque a impronta sanitaria, che ospitano per un periodo variabile (da poche settimane a tempo indeterminato) persone non autosufficienti, che non possono essere assistite in casa e che necessitano di cure mediche.

Le RSA si distinguono dall'Ospedale e dalla Casa di Cura, i quali sono rivolti a pazienti sofferenti di una patologia acuta, e dalla casa di riposo, che è destinata ad anziani parzialmente autosufficienti.

Tale forma di assistenza è garantita in Regione Sicilia da una articolata rete di strutture presenti nel territorio regionale e sono caratterizzate da un differente livello di intensità assistenziale.

Profilo Assistenziale R1.

Persone con alto livello di complessità, necessità di supporto alle funzioni vitali (ventilazione meccanica assistita invasiva e non invasiva, protratta nelle 24 ore) e di continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica nelle 24 ore.

La programmazione regionale prevede 155 posti letto :

San Giovanni di Dio (Agrigento) 20 posti

Maddalena Raimondi (San Cataldo) 10 posti

Ferro Branciforti Capra (Leonforte) 10 posti

Profilo Assistenziale R2

Persone che richiedono elevata tutela sanitaria e trattamenti di cura estensivi (stati vegetativi o stati di minima coscienza prolungati, persone in nutrizione parenterale protratta, persone con malattie neuro degene-

rative progressive in fase di non autosufficienza, portatori di tracheotomia in ventilazione meccanica non protratta, etc..) con continuità assistenziale e presenza infermieristica nelle 24 ore.

La programmazione di settore prevede complessivamente l'attivazione di 2500 posti.

Agrigento 242, Caltanissetta 138, Enna 98.

Profilo Assistenziale R3

Persone che richiedono intensità assistenziale medio-bassa e durata di ricovero medio lungo.

*E' prevista la programmazione di 1900 posti in Sicilia. E' prevista una distribuzione dei posti programmati nei rispettivi ambiti provinciali proporzionalmente al dato della popolazione residente over 65. (Fonte **Piano Rete Assistenza Sanitaria Regione Sicilia del 14.12.2022**).*

Cosa sono i Centri Diurni Demenze ?

Il servizio semi residenziale rappresenta una delle risposte valide poiché è volto ad evitare l'istituzionalizzazione del paziente attraverso il mantenimento delle capacità residue, il controllo dei problemi comportamentali, il miglioramento dell'autonomia personale fornendo al tempo stesso un adeguato sostegno alla famiglia. L'obiettivo è l'incremento dei Centri Diurni all'interno delle Aziende Sanitarie Territoriali mediante il pieno utilizzo delle risorse assegnate dalla programmazione europea.

Assistenza Domiciliare.

Le cure domiciliari rappresentano un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione ad domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabili nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale definita dal DM 77/2022 quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale.

Le cure domiciliari si articolano in :

Cure Domiciliari Integrate (ADI I°,II° e III° Livello)

Consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, ecc... prestati da personale sanitario e socio sanitario qualificato per la cura e l'assistenza delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse , per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Livello Base.

Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di Assistenza Individuale Integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI).

Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'unità valutativa che garantisce anche la valutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggi ad altri setting assistenziali.

*Il responsabile clinico del paziente è il **Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta.***

I Trattamenti riabilitativi.

I trattamenti riabilitativi a soggetti con disabilità psico-fisica-sensoriale vengono erogati in ciascuna ASP , nell'ambito di specifiche attività riabilitative ex-art 26, Legge 833 del 23 Dicembre 1978.

Si tratta di prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, erogate nelle fasi di riabilitazione intensiva ed estensiva ed in regime di assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a carattere continuativo, semi residenziale diurno, ambulatoriale e domiciliare.

Cosa si intende per Assistenza Territoriale e Distrettuale ?

- Assistenza primaria e continuità assistenziale
- Assistenza domiciliare integrata
- Accesso ai servizi e presa in carico
- Assistenza delle persone non autosufficienti
- Assistenza delle persone disabili
- Specialistica ambulatoriale
- Salute mentale
- Dipendenze patologiche
- Ospedale di comunità
- Casa di comunità
- Cure palliative e terapia del dolore

LA RETE DEI SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE

(FONTE MINISTERO DELLA SALUTE 14 MARZO 2024)

La rete dei servizi per la salute mentale deve presentare queste articolazioni :

- Dipartimento di salute mentale
- Centro di salute mentale
- Centro diurno
- Strutture residenziali
- Servizio psichiatrico di diagnosi e cura
- Day hospital psichiatrico

*La Gazzetta Ufficiale N°274 del 22/11/1999 contiene il Decreto del Presidente della Repubblica 1° Novembre 1999 approvazione del “ **Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale** “.*

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico delle domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda Sanitaria Provinciale.

Il Dipartimento di Salute Mentale deve essere dotato dei seguenti servizi :

- Servizi per l'assistenza diurna : Centri di Salute Mentale (CSM)
- Servizi semi residenziali : Centri Diurni

- *Servizi residenziali : strutture residenziali (SR) distinte in residenze terapeutico riabilitative e socio-riabilitative*
- *Servizi ospedalieri : i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital*

L'offerta assistenziale può essere completata dalle Cliniche Universitarie e dalle Case di Cura private.

Il Centro di Salute Mentale (CSM) è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei pazienti che presentano patologie psichiatriche. Al centro fa capo un'equipe multiprofessionale costituita da almeno 1 Psichiatra , 1 Psicologo/a, 1 Assistente Sociale e 1 Infermiere Professionale.

Il CSM deve assicurare i seguenti interventi :

- *Trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri Diurni , Day Hospital , strutture residenziali e ricoveri ;*
- *Attività diagnostiche con visite psichiatriche , colloqui psicologici, per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica ;*
- *Attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formative. In alcuni CSM è attiva anche una linea telefonica dedicata ai medici di famiglia per counseling, durante l'orario di apertura.*
- *Consulenza specialistica per i servizi di confine (alcolismo, tossicodipendenze,ecc...) nonché per le strutture residenziali e per persone con disabilità ;*
- *Attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private accreditate, al fine di assicurare la continuità terapeutica ;*
- *Valutazione ai fini del miglioramento continuo della qualità delle pratiche e delle procedure adottate ;*
- *Intese e accordi di programma con i Comuni per , tra l'altro, inserimenti lavorativi degli utenti psichiatrici, affido etero-familiare ed assistenza domiciliare;*
- *Collaborazione con Associazioni di Volontariato, scuole, cooperative sociali e tutte le agenzie della rete territoriale.*

E' previsto che il CSM sia attivo, per interventi ambulatoriali/domiciliari almeno 12 ore al giorno per 6 gg alla settimana.

Il Centro Diurno è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel territorio dell'ASP.

E' previsto che sia aperto almeno 8 ore al giorno per 6 gg a settimana. E' dotato di una propria equipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato. Dispone di locali idonei adeguatamente attrezzati.

Nell'ambito dei progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di attuare percorsi terapeutici e di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo.

Il Centro Diurno può essere gestito dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. Nel rispetto degli standard nazionali per l'accreditamento, i rapporti con il DSM sono regolati da apposite convenzioni, che garantiscono la continuità della presa in carico.

Le Strutture Residenziali sono strutture extra-ospedaliere in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per i cittadini con disagio psichiatrico inviati dal CSM con programma personalizzato e periodicamente verificato.

Queste strutture hanno lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipate, all'interno di specifiche attività riabilitative.

La Struttura Residenziale, pertanto, non va intesa come soluzione abitativa.

Le strutture residenziali sono differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria (24 ore, 12 ore, fasce orarie) e non hanno più di 20 posti. Sono Collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili per prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e per favorire lo scambio sociale.

Le strutture residenziali possono essere realizzate e gestite dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale.

In tal caso i rapporti con il DSM sono regolati da appositi accordi ove siano definiti i tetti di attività e le modalità di controllo degli ingressi e delle dimissioni.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è un servizio ospedaliero dove vengono attivati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizione di ricovero.

Esplora, inoltre, attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri. E' ubicato all'interno delle strutture ospedaliere.

E' parte integrante del DSM, anche quando l'Ospedale in cui è ubicato non sia amministrato dalla stessa Azienda Sanitaria. In tal caso i rapporti tra le due Aziende sanitarie sono regolati da convenzioni obbligatorie, secondo le indicazioni della Regione.

Il numero dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura 1 ogni 10.000 abitanti.

Ciascun SPDC contiene non più di 16 posti letto ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni.

Il DAY HOSPITAL PSICHIATRICO costituisce un'area di assistenza semi-residenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutiche riabilitative a breve e medio termine.

Può essere collocato all'interno dell'Ospedale, con un collegamento funzionale e gestionale con il SPDC. Può essere, inoltre collegato con il CSM, dotato di adeguati spazi, delle attrezzature e del personale necessario.

E' previsto che sia aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana.

Ha la funzione di :

- permettere accertamenti diagnostici vari e complessi ;
- effettuare trattamenti farmacologici;
- ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio e limitarne la durata.

Il paziente vi accede in base a programmi concordati tra gli operatori del DSM.

Le Regioni nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, definiscono la collocazione e il numero dei posti letto in DH, tenendo presente che un posto letto in DH è equivalente ad un posto letto in SPDC.

CONSULTORI FAMILIARI

Dal sito dell'ASP N°2 di Caltanissetta

" I Consultori Familiari (servizi materno infantili territoriali) espletano le funzioni di cui alla Legge N°405/75, di cui alla Legge N°194/78 e alla Legge N°21/78 della Regione Siciliana.

Rappresentano un importante punto di raccordo nella rete assistenziale alla famiglia, alla maternità, all'infanzia e all'adolescenza.

Il D.A. N°2536 del 2 Dicembre 2011 “ Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita “ e l'Accordo Stato Regioni del 16 Dicembre 2010 “ cui lo stesso si richiama, creano le condizioni per ridisegnare un modello organizzativo dei servizi materno infantili territoriali, in particolare dei Consultori Familiari, tale da consentire una risposta più adeguata ed efficiente ai bisogni di salute materno infantile, nell'ottica dell'integrazione con il livello ospedaliero di ostetricia e ginecologia.

Le Attività Consultoriali.

Il Piano Sanitario Regionale 2011-2013 individua alcune attività territoriali definite “ di base “ che vanno garantite da tutti i Consultori, ed altre, definite di “ secondo livello “ da affidare ad equipe distrettuali, rivisitando i modelli organizzativi finora attuati a livello di Dipartimenti e/o di Distretti.

Le attività di base identificati dal Piano Sanitario Regionale e che devono essere assicurati in tutti i Distretti Sanitari sono :

- *Ambulatorio ginecologico di 1° livello ;*
- *Promozione e 1° livello dello screening del tumore del collo dell'utero ;*
- *Gestione della gravidanza fisiologica e promozione dell'allattamento al seno ;*
- *Assistenza in puerperio e promozione della fisiologia dell'adattamento postdatale ;*
- *Attività connesse alle richieste di IVG (ginecologiche, psicologiche, sociali) ;*
- *Sostegno a donne e minori a rischio e/o vittime di maltrattamenti ed abuso ;*
- *Counseling preconfezionate e per la genitorialità responsabile ;*
- *Prescrizione di contraccettivi ormonali ed applicazione di dispositivi intrauterini ;*
- *Erogazione diretta di contraccettivi, a fascia di utenza a rischio elevato di IVG (segnatamente giovani fino a 24 anni, migranti, fasce socialmente deboli) ;*
- *Segretariato sociale per problematiche materno infantili ;*
- *Consulenze psicologiche e sociali per problematiche materno infantili di coppia, familiari, individuali ;*
- *Attività di promozione dei servizi consultoriali presso le scuole secondarie del territorio ;*
- *Consulenze di sostegno sociale e psicologico nei casi segnalati dall'autorità giudiziaria.*

Il Decreto Assessoriale N°1647 del 30/9/2015 che istituisce la rete integrata per il percorso nascita prevede che le gravidanze a basso rischio siano seguite esclusivamente nei consultori familiari.

Le attività previste dal Decreto e garantite dai Consultori per il Percorso Nascita sono le seguenti :

- *Gestione del periodo preconfezionale ;*
- *Counseling preconfezionate ;*
- *Prescrizione degli esami preconfezionati previsti dalle linee guida ;*
- *Precrizione di acido folico ;*
- *Prima valutazione del rischio della gravidanza (clinico e psicosociale) ;*
- *Rivalutazione del rischio ostetrico ad ogni accesso della gravida in consultorio ;*

- Assistenza della gravidanza a basso rischio fino a 36,6 settimane ;
- Organizzazione e regia dei Corsi di accompagnamento alla nascita ;
- Sostegno alle gravide con fragilità sociale o psicologica ;
- Invio guidato al punto nascita alla 37a settimana e invio guidato al punto nascita adeguato in caso di gravidanza a rischio ;
- Assistenza in puerperio.

Attività di II° Livello dei Consultori.

- Colposcopia come secondo livello per lo screening del cervicocarcinoma nei consultori di Caltanissetta 1, Gela 1 e Mussomeli ;
- Spazi giovani con progetti specifici nelle scuole medie e superiori . Consultori CL2, Gela 2, San Cataldo e Mussomeli ;
- Valutazioni psicologiche e sociali per adozioni nazionale e internazionali (in tutti i consultori competenti per territorio) ;
- Valutazioni e trattamenti psicologico-sociali su richiesta del Tribunale (in tutti i Consultori competenti per territorio) ;
- Valutazioni e trattamenti psicologici-sociali nei casi di maltrattamenti e abuso.

Il Dipartimento Materno Infantile.

Coordina i Punti Nascita, i 13 Consultori Familiari e 1 Ginecologo Convenzionato Interno.

In ognuno dei 4 Distretti Sanitari è stata istituita una Unità Operativa Semplice (UOS) “ Tutela della salute dell’infanzia, della donna e della famiglia “ che coordina le attività consultoriali.

In provincia di Caltanissetta vi è un Consultorio Familiare ogni 20.966 abitanti.

Come sono distribuiti i Consultori ?

Distretto Sanitario di Caltanissetta (CL1, CL2, Riesi, Sommatino, Santa Caterina Villarmosa)

Distretto Sanitario di San Cataldo (San Cataldo, Serradifalco)

Distretto di Mussomeli (Mussomeli, Valledlunga)

Distretto Sanitario di Gela (Gela1, Gela2, Niscemi, Mazzarino)

Il Consultorio Familiare e l’attività rivolta ai minori di pediatria territoriale devono garantire le prestazioni ,anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative, preventive alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie.

Gli ambiti di attività dei Consultori Familiari sono quelli previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza.

Art.24 DPCM 12 Gennaio 2017.

Il principio ispiratore del Consultorio Familiare deve essere quello della integrazione che avviene a tutti i livelli e si configura come un presupposto fondamentale per il raggiungimento dei suoi obiettivi.

Il Consultorio Familiare deve svolgere la propria attività in integrazione con tutti i professionisti afferenti ai servizi ospedalieri e territoriali, soprattutto con quelli dedicati alla presa in carico della persona, quelli rientranti nell’area dell’assistenza primaria e quelli diretti alla tutela della salute nei primi 1000 giorni, della salute della donna in tutto il suo ciclo vitale e della salute mentale (es. pediatri di libera scelta, psicologi delle

cure primarie, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipartimenti di salute mentale e dipendenze, specialisti ambulatoriali, servizi di riabilitazione.

Le figure professionali che possono operare nel Consultorio Familiare sono :

- *Il medico ginecologo*
- *l'Ostetrica*
- *Lo psicologo*
- *L'assistente sociale*
- *L'infermiere*
- *L'assistente sanitario*
- *L'educatore professionale con funzioni sociosanitarie*
- *Il personale amministrativo*
- *Il mediatore linguistico culturale*
- *Il mediatore familiare*
- *Il terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva*
- *Il tecnico della riabilitazione psichiatrica.*
- *L'avvocato*

Dal Piano della Rete Territoriale di Assistenza si deduce che tra gli obiettivi della regione Siciliana vi è quello di integrare l'attività consultoriale all'interno delle Case di Comunità, perché si ritiene che ciò possa assicurare una presa in carico più funzionale per la presenza di altri servizi nella stessa sede.

RIFERIMENTI NORMATIVI IMPORTANTI

Legge 833/1978 (Tina Anselmi)

- *L'Art. 1 stabilisce che il Servizio Sanitario Nazionale debba assicurare i propri servizi senza distinzione di condizioni individuali o sociali. Stabilisce che l'attuazione del S.S.N. compete allo Stato, alle Regioni e agli Enti Locali Territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.*
- *L'art.11 prevede che le Regioni svolgano la loro attività secondo il metodo della programmazione pluriennale e della più ampia partecipazione democratica.*
- *L'art.13 nell'attribuire le competenze ai Comuni li impegna ad assicurare la partecipazione dei cittadini a tutte le fasi della programmazione dell'attività sanitaria e quella degli utenti direttamente interessati all'attuazione dei servizi.*

La Carta di Lubiana.

Al punto 5.3 stabilisce che i servizi sanitari debbono essere centrati sulle persone.

Legge 222/1999 art.12

Stabilisce che per le finalità del presente articolo, le Regioni prevedono forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione , al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale.

Dlgs 502/1992 art.14 comma 2. (De Lorenzo)

Stabilisce che le Regioni promuovono consultazioni con i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali ed in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi. Tali soggetti dovranno comunque essere sentiti nelle fasi dell'impostazione, della programmazione e verifica dei risultati conseguiti e ogniqualvolta siano in discussione provvedimenti su tali materie. Per le finalità del predetto articolo, le Regioni devono prevedere forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale.

Carta Europea dei Diritti del Malato. (Parlamento Europeo adottata nel 2008)

- Prima parte

Sono esposti i diritti fondamentali dell'Unione Europea e l'art. 35 della Carta di Nizza concernenti la protezione della salute.

- Seconda parte

Sono illustrati i Diritti dei Pazienti (sono 14)

- Terza parte

Sono riportati i diritti di cittadinanza attiva che sono collegati al diritto di associazione e di iniziativa civica contenuti nell'art.12 sezione 1 della Carta dei Diritti Fondamentali.

Carta dei Diritti Fondamentali

- Diritto di esercitare attività di interesse generale.

I cittadini ,sia come individui che come associazioni, hanno il diritto fondato sul principio di sussidiarietà previsto dall'art. 118 della Costituzione di svolgere attività di interesse generale per la protezione dei diritti connessi alla salute. Esiste un concomitante dovere delle autorità e di tutti gli attori rilevanti di favorire e incoraggiare tale attività.

- Diritto a svolgere attività di tutela.

I cittadini hanno il diritto di svolgere attività per la protezione dei diritti nell'area della salute, e in particolare:

- il diritto di realizzare attività di verifica e di controllo al fine di misurare l'effettivo rispetto dei diritti dei cittadini sul sistema sanitario ;*
- Il diritto di svolgere attività volte a prevenire la violazione dei diritti nel campo della salute ;*
- Il diritto di intervenire direttamente sulle situazioni di violazione o di inadeguata protezione dei diritti;*
- Il diritto di comunicare informazioni e proposte, e il conseguente obbligo, da parte delle autorità responsabili dell'amministrazione dei servizi sanitari pubblici e privati, di prenderle in considerazione e rispondere;*
- Il diritto alla interlocuzione pubblica con le autorità sanitarie pubbliche e private.*
- I cittadini hanno il diritto di partecipare alla definizione, implementazione e valutazione delle politiche pubbliche correlate alla protezione dei diritti nel campo della salute, sulla base dei seguenti principi:*
- Il principio della comunicazione bilaterale nella formazione dell' agenda, o, in altre parole, il continuo scambio di informazioni tra cittadini e istituzioni nella definizione dell'agenda ;*

- *Il principio della consultazione nelle due fasi della progettazione e della decisione delle politiche sanitarie, con l'obbligo da parte delle istituzioni di ascoltare le proposte delle organizzazioni dei cittadini, di dare un feed-back su di esse, di consultare tali organizzazioni prima di prendere ogni decisione e di giustificare le loro decisioni se esse differiscono dalle opinioni espresse ;*
- *Il principio della partnership nella implementazione delle politiche, che significa che ogni partner (cittadini, istituzioni e altri soggetti) è pienamente responsabile e opera con pari dignità ;*
- *Il principio della valutazione condivisa , che implica che i risultati dell'attività delle organizzazioni civiche deve essere utilizzata come strumento per la valutazione delle politiche sanitarie.*

Giuseppe Pastorello

Presidente A.P.S. " Noi per la salute " Tina Anselmi

Caltanissetta 9 Gennaio 2025