



Servizio Sanitario Nazionale

Regione Siciliana

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento



Presidio Territoriale di Assistenza

Distretto di Casteltermini

Redattore: Dott. Gaetano Mancuso

Il Distretto di Casteltermini, istituito con il Decreto Presidenziale 22 settembre 2009 "Definizione dei distretti sanitari della Regione ai sensi dell'art. 12 della legge regionale 14 aprile 2009, n. 5", comprende i comuni di:

- Cammarata
- Casteltermini
- San Giovanni Gemini

Analisi del contesto

Il territorio del distretto si estende per 318,04 Km², su un'area prevalentemente montana, con caratteristiche geomorfologiche peculiari e con collegamenti viari obsoleti, tali da rendere assai problematico un celere spostamento degli abitanti sia con la rete ferroviaria che con mezzi pubblici su gomma.

I nosocomi vicini -per raggiungere i quali occorrono mediamente circa 30 minuti- si esauriscono nell'Ospedale Civile di Agrigento, connesso con i tre comuni tramite una rete viaria, per lunghi tratti manifestamente fatiscente, e nel Presidio Ospedaliero di Mussomeli (A.S.P. di Caltanissetta) cui si giunge, unicamente con mezzi privati, percorrendo strade tortuose e sconnesse.

Il Comune di Casteltermini dista, circa 21 Km., dai Comuni di Cammarata e San Giovanni; questi ultimi due sono contigui tra loro; legati da una sorta di cordone ombelicale e, in alcune zone, separati unicamente dal manto stradale di una medesima carreggiata.

Popolazione distrettuale distinta per singolo comune e per fascia d'età alla data del 31.12.2011.

COMUNE	ETA' 0-13 ANNI	ETA' 14-64 ANNI	ETA' 65-74 ANNI	ETA' 75 ANNI E OLTRE	TOTALE
Distretto Casteltermini					
CAMMARATA	920	4.260	521	597	6.298
CASTELTERMINI	1.065	5.582	873	947	8.467
SAN GIOVANNI GEMINI	1.082	5.428	783	896	8.189
TOTALE DISTRETTO	3.067	15.270	2.177	2.440	22.954

Essi compongono il Distretto Socio-Sanitario D4, a cui tavoli tematici il Distretto ha partecipato dando un apporto, affatto marginale, nella stesura del Piano di Zona.

La popolazione ultra-sessantacinquenne ammonta in totale ad 4617 soggetti, vale a dire il 20,11 % della popolazione complessiva; l'indice di invecchiamento è, per l'appunto, pari al 20,11 %, mentre l'indice di vecchiaia è di 150,53%.

indice di invecchiamento	20,11%
indice di vecchiaia	150,53%.

(1) indice di vecchiaia:
$$\frac{\text{popolazione residente} \geq 65 \text{ anni}}{\text{popolazione residente} \leq 14 \text{ anni}} \times 100$$

(2) indice di invecchiamento:
$$\frac{\text{popolazione residente} \geq 65 \text{ anni}}{\text{popolazione residente}} \times 100$$

Nel Distretto operano:

- ❖ 19 MMG
- ❖ 3 PLS
- ❖ 2 poliambulatori
- ❖ 2 presidi di continuità assistenziale
- ❖ 2 consultori
- ❖ 1 PTE
- ❖ 2 postazioni territoriali di ambulanze per l'Emergenza 118
- ❖ 1 centro di riabilitazione in convenzione (prestazioni ambulatoriali)
- ❖ 1 associazione di riabilitazione in convenzione (prestazioni domiciliari)
- ❖ 1 RSA in convenzione
- ❖ 11 accreditati (Professionisti e Strutture)

Assistenza Primaria e Pediatrica

Ambiti territoriali

- Medicina generale:
 1. Casteltermini
 2. Cammarata – San Giovanni Gemini
- Pediatria di Libera Scelta: un unico ambito territoriale coincide con il territorio distrettuale.

Medici associati

- Associazioni medici di medicina generale:
 - n°1 nella forma semplice costituita da n. 10 medici operanti presso l'ambito territoriale di Cammarata- San Giovanni Gemini.
- Associazione di Pediatria:
 - n°1 nella forma semplice costituita da tutti e tre i Pediatri dell'unico ambito territoriale.

Nel Distretto vengono erogati i servizi di seguito specificati:

- Assistenza primaria (medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva);
- Assistenza specialistica ambulatoriale;
- Attività e servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- Attività e servizi rivolti a portatori di handicap e anziani;
- Attività e servizi di assistenza domiciliare integrata;
- Attività e servizi di medicina legale, fiscale e necroscopica;
- Attività di educazione alla salute;
- Assistenza farmaceutica;
- Assistenza riabilitativa;
- URP;
- Unità Multidisciplinare.
- Servizio emergenza-urgenza:
 - n°1 postazione 118 a Casteltermini
 - n°1 postazione 118 a Cammarata c/o PTE.

*Distribuzione nei Comuni distrettuali
dei servizi a gestione diretta*

Servizi	Medicina di Base	Medicina Legale e fiscale	Specialistica Ambulatoriale Interna	Consultori Familiari	N.P.I.	Ser.T	Guardie Mediche	PTE
Comuni								
Casteltermini	1	1	1	1	1	-	1	-
Cammarata	1	1	1 (tipo "spoke")	1	1	-	-	1
San Giovanni Gemini	-	-	-	-	-	-	1	-

La sede di Via Kennedy a Casteltermini ospita anche:

- la postazione 118,
- gli Uffici della Commissione Invalidi Civili,
- l'ambulatorio di Psichiatria
- i servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione

A Cammarata, in c.da Santa Lucia (c/o ex Ospedale), sono inoltre allocati:

- la postazione 118,
- i servizi periferici del Dipartimento di Prevenzione..

A S. Giovanni Gemini, nei locali di Via Vittorio Veneto, oltre al Presidio di Continuità Assistenziale, sono ubicati:

- il Servizio Territoriale Tutela Salute Mentale
- il Centro Prelievi (attivo, nelle more dell'attuazione delle recente riforma concernente la rete di diagnostica di laboratorio).

Assistenza Specialistica a gestione diretta

Branche Specialistiche	Poliambulatorio di Casteltermini	Poliambulatorio di Cammarata (*)
Cardiologia	12 h	6 h
Chirurgia	2 h	3 h
Dermatologia	2 h	0
Diabetologia	5 h	5 h
Endocrinologia	3 h	3 h
Geriatria	3 h (**)	3 h (**)
Oculistica	14 h	0
Odontoiatria	22 h	0
Ortopedia	6 h	6 h
Neurologia	6 h	3 h
Nefrologia	2 h	0
ORL	6 h	0
Pneumologia	3 h	3 h
Urologia	3 h (**)	3 h (**)
Reumatologia	2 h	0
Radiologia (ed Ecografia)	0	7 h

(*) Presidio specialistico periferico del tipo "spoke".

(**) Branche con accesso a cadenza quindicinale (lo specialista accede a settimane alterne nei due Poliambulatori distrettuali).

Il Decreto 12 giugno 2009, per il Distretto di Casteltermini, ha previsto:

- n° 2 punti prelievo "pp", presso il PTE ed il Poliambulatorio di Cammarata;
- n° 1 punto prelievo "pp"- presso il Poliambulatorio di Casteltermini.

Al "pp" di Cammarata afferisce funzionalmente il **Centro Prelievi**, in funzione a San Giovanni Gemini.

PTA

Premessa

La Programmazione sanitaria nazionale e regionale, per soddisfare in modo più efficace, appropriato e sostenibile, i nuovi bisogni di salute, da qualche tempo, è andata elaborando nuovi modelli di organizzazione dei servizi sanitari di modo da rispondere adeguatamente alle sfide nuove, rispetto al passato, originate da diversi fattori:

- il cambiamento demografico della popolazione, avviatosi nel secondo dopoguerra, oggi, impatta fortemente su tutti i sistemi sanitari dei paesi industrializzati;
- l'invecchiamento della popolazione, cui si accompagna il conseguente incremento senza precedenti delle patologie a lungo termine o croniche (patologie cronico-degenerative) e le cosiddette "fragilità", ossia, quelle condizioni generali di instabilità fisica e socio-sanitaria determinate da fattori biologici, psicologici e socio-ambientali i quali, agendo sinergicamente, si amplificano e si perpetuano vicendevolmente.

L'aumento dell'aspettativa di vita pone contestualmente il problema della qualità di vita stessa, proprio perché l'allungamento della vita media si accompagna, pressoché ineluttabilmente, ad un incremento del livello di disabilità, in particolare per le classi di età più avanzate, dove, molto di frequente, si rinviene la cronicità, la morbidità -assai spesso comorbidità- la polifarmacoterapia, la compromissione funzionale e le problematiche di tipo sociosanitario.

In questo scenario, se da un lato si registra l'innegabile notevole avanzamento della medicina e della tecnologia, dall'altro, però, è altrettanto vero che la risposta al bisogno di salute non può più trovare nell'assistenza ospedaliera la sola e/o più congruente risposta sanitaria e tantomeno sociale.

Tale nuova condizione ha, pertanto, sancito la crisi dei modelli di riferimento che fin qui ci avevano accompagnato: crisi dell'ospedale, nella vecchia concezione dell'ospedale visto come luogo di riferimento per qualsiasi problema di salute, e crisi del modello sociale; la cura della malattia, difatti, è parte integrante, ma non esaustiva, della "capacità di vivere" della persona che coinvolge anche altre dimensioni: quella affettiva e la relazione sociale.

Tutto ciò ha determinato anche l'entrata in crisi dello schema tradizionale di rapporto domanda/offerta, non più in grado di dare risposte appropriate ai nuovi bisogni emergenti; di conseguenza, il SSN si è rideterminato verso altre funzioni: tutela, committenza, integrazione e produzione.

Per altro verso, l'emergenza della patologia cronico-degenerativa, per il suo gravame sulla comunità, in termini di risorse professionali ed economiche, ha obbligato a ri-orientare decisamente l'asse dell'assistenza sanitaria verso il territorio, sia per quanto attiene alla prevenzione che per quanto

concerne i percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali, determinando, di conseguenza, la sostanzialmente modificazione dell'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari, che, oggi, si va caratterizzando sempre più per la marcata **diminuzione dei posti letto ospedalieri**, cui dovrebbe corrispondere un'altrettanto concomitante rapida crescita dei servizi territoriali che, purtroppo, è ancora molto lenta e non uniforme.

Per quanto precede, è stata avvertita la necessità di ridefinire le priorità del SSN da cui, poi, discende il notevole cambiamento nell'assetto del sistema sanitario con lo spostamento del baricentro dall'ospedale al territorio e alla prevenzione.

Su questo solco si collocano le politiche sanitarie, nazionali e regionali, di quest'ultimo decennio:

- il PSN 1998-2000, per la prima volta, ha dedicato al territorio più risorse di quelle previste per l'ospedale; e per rafforzare l'unitarietà degli interventi, le attività territoriali sono state ricomprese in un unico Livello Essenziale di Assistenza -LEA distrettuale-;
- il PSN 2003-2005, pose l'attenzione sul "governo dei percorsi assistenziali" nel territorio;
- il PSN 2006-2008 rilevò la necessità di garantire l'integrazione dei LEA, oltreché lo sviluppo del sistema territoriale e degli ambiti sanitario e sociale.

Più di recente, la programmazione nazionale si è orientata verso una serie di priorità, evidenziate in alcuni recenti documenti, quali:

- il documento del Ministero del Welfare dell'aprile 2009 "Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h 24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale";
- l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009, inerente le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009.

Nel contempo è andata crescendo la consapevolezza sulla insostenibilità economica del Sistema.

In questo contesto si collocano i Piani di rientro adottati da varie regioni.

La Regione Sicilia, con il **Decreto 24 dicembre 2008**, "*Indirizzi e criteri per l'applicazione del Piano di rientro di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 111, stipulato dalla Regione siciliana in data 31 luglio 2007 e approvato dalla Giunta regionale l'1 agosto 2007*" ha voluto ribadire la propria determinazione nel perseguire il riordino dei servizi per la salute, puntando alla "*.... revisione dell'offerta ospedaliera ed al consolidamento e miglioramento dei servizi territoriali....*".

Difatti, il **"Piano di Contenimento e di Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale"**, in uno con la riduzione/rimodulazione dell'assistenza ospedaliera, punta (Obiettivo "B" "Potenziamento delle strutture di assistenza territoriale pubblica, la riorganizzazione dei servizi destinati all'urgenza e all'emergenza e i rapporti con l'assistenza sanitaria di base"), alla *"riorganizzazione della rete territoriale"* in una logica nella quale *".... le esigenze di sostenibilità del sistema con quelle del miglioramento continuo e sistematico della qualità delle prestazioni non devono determinare una riduzione di servizi sanitari al cittadino, ma lavorando per l'appropriatezza degli stessi e per diversificarli rispetto ai bisogni della persona"*.

Con la **legge Regionale 14 aprile 2009, n. 5. "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale"**, la riorganizzazione della rete territoriale, così come prevede l'art. 12, passa per la istituzione dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA).

La citata norma ha, tra l'altro, ridefinito compiti e funzioni dei Distretti sanitari nel cui ambito, per l'appunto, trovano naturale allocazione i PTA che devono essere realizzati secondo le Linee Guida assessoriali, emanate con il **Decreto 0723/10 del 10 marzo 2010**.

La frammentazione dell'offerta di servizi, la mancanza di una rete integrata e la carenza di strumenti di semplificazione e di informazione, contribuiscono a rendere frustranti e talvolta inconcludenti i contatti dell'utenza con le strutture sanitarie.

Al contrario, è acclarato che una efficiente rete dei servizi sanitari, supportata da una comunicazione efficace e rispettosa dell'interdisciplinarietà delle competenze oltreché dell'autonomia professionale, risulta di innegabile valenza per:

- individuare e ponderare i bisogni emergenti,
- condividere metodologie di comprovata efficacia secondo il principio della ricerca e della massima appropriatezza,
- pianificare obiettivi educativi e di salute verificabili tramite strumenti di misurazione dell'apprendimento e del gradimento.

Con il PTA, -componente essenziale ma non esaustivo del processo di riordino finalizzato a *"... garantire in modo capillare l'erogazione di prestazioni"* si sono create le premesse e sono state poste le basi per la costruzione, attraverso la realizzazione di una rete di servizi, della "sanità diffusa nel territorio", la quale:

- mette al centro la persona;
- mira a costruire un rapporto più prossimo con il cittadino;
- punta ad offrire una pronta risposta sanitaria;

- tende ad una sostanziale riduzione degli oneri e dei disagi per il singolo cittadino utente;
- si pone l'obiettivo di realizzare economie, puntando sull'appropriatezza;
- realizza un importante filtro che regola il ricorso, finora assai di frequente eccessivo ed inappropriato, alle strutture che erogano prestazioni specialistiche specie di quelle che si avvalgono di metodiche tecnologicamente avanzate;
- intende aumentare le prestazioni specialistiche e, conseguentemente, ridurre i tempi delle liste d'attesa;
- si propone la contrazione dei ricoveri e punta alla eliminazione dell'emigrazione sanitaria.

Il citato art.12, integra, in buona sostanza, il D. A. 8 agosto 2007 per il quale il **distretto** *"rappresenta il momento organizzativo fondamentale delle aziende unità sanitarie locali, cui il servizio sanitario regionale (S.S.R.) demanda l'integrazione tra i servizi sanitari e i servizi sociali, secondo quanto previsto nelle linee guida del distretto da 2001..."*; il Distretto è quel centro che ha la funzione di garantire al cittadino i LEA sul territorio partendo dalla conoscenza dei bisogni e dalla individuazione delle priorità definisce il sistema dell'offerta dei servizi, in una nuova logica di ricerca di strumenti di maggiore efficienza e di razionalizzazione delle spese.

Il Distretto, pertanto, nel riequilibrio di tutto il sistema di cure primarie, volto a garantire il rispetto di appropriati livelli di assistenza, va inteso come un centro di tutela della salute e di *governance* clinica del territorio la quale, utilizzando il metodo del Percorso Assistenziale, analizza e misura i processi di assistenza e garantisce la presa in carico complessiva della persona e la continuità dell'assistenza.

Alla luce delle due sopra richiamate disposizioni, il Distretto è la struttura organizzativa cui la legge affida il compito di assicurare la Tutela Sanitaria del Cittadino; esso, infatti:

- ❖ rappresenta il punto di incontro tra la domanda di salute dei cittadini e l'offerta di cure e assistenza integrata sociosanitaria;
- ❖ diviene il luogo della programmazione integrata delle attività sanitarie e socio-assistenziali, mediante la elaborazione del Programma delle Attività Territoriali e la cooperazione, nella stesura ed aggiornamenti, del Piano Sociale di Zona che rappresenta lo strumento unitario per gli aspetti sociosanitari; viene, inoltre, riconosciuto come il luogo di concertazione reale con i Servizi Sociali degli Enti Locali;
- ❖ realizza la integrazione della Rete Assistenziale presente sul Territorio, finora dispersa, costituita dai Servizi: di Medicina di Base, della Tutela Materno Infantile, della Tutela della Salute Mentale, delle Dipendenze Patologiche, della Tutela della Disabilità, integrata con i Servizi Sociali degli Enti Locali;

- ❖ assicura, superando la vecchia logica prestazionale, la presa in carico globale del cittadino, dalla lettura del bisogno reale alla definizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) più appropriato, anche in presenza di bisogni complessi e/o di condizioni di non autosufficienza, allo scopo di prevenire e/o rallentare, con la presa in carico globale, le condizioni di disagio;
- ❖ costituisce il luogo di partecipazione del cittadino, che da mero fruitore diviene anch'esso protagonista della programmazione delle attività volte alla salute individuale e collettiva, partecipando alla definizione degli obiettivi di salute e alla valutazione dei risultati ottenuti;
- ❖ promuove la prevenzione e definisce percorsi di salute orientati a sviluppare e mantenere al più alto livello possibile lo stato di salute e le autonomie funzionali della persona;
- ❖ assicura la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, attivando percorsi assistenziali integrati in collaborazione con la rete di Servizi Sociali, secondo quanto previsto dalla L.328/00.

Il Distretto trova nel PTA lo strumento operativo per portare a compimento la sua rivisitata *mission* e.

La progettazione del PTA - definito "*il punto di accesso alla rete territoriale*....- va inquadrata nel più ampio processo di riqualificazione del sistema di "cure primarie" finalizzata alla "*prevenzione dell'ospedalizzazione*" e implica la riorganizzazione dell'offerta della rete dei servizi distrettuali attraverso una oculata razionalizzazione del sistema di cure fruibili nel suo ambito.

Con la costituzione dei PTA, il Distretto, a seguito dei **processi di riorganizzazione e rifunzionalizzazione** delle cure primarie e del riassetto e razionalizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale, diviene, in concreto, lo snodo fondamentale dell'assistenza territoriale che dovrà saper garantire l'erogazione razionale di prestazioni e prevenire, così, la ospedalizzazione.

La istituzione del P.T.A. sottintende necessariamente la ridefinizione del ruolo del Distretto, sede naturale dell'aggregazione di servizi e di professionalità diverse, che, con l'appropriato uso delle risorse, dovrà risultare capace di erogare prestazioni sempre più efficaci "*perché uniformate e condivise dai professionisti attraverso adeguati percorsi assistenziali*".

E, per non tradire lo spirito della citata norma di riordino, rendere effettivamente praticabile la costituzione dei PTA ed efficace la loro funzione, non basta definire un nuovo modello organizzativo delle cure primarie, pur fondamentale, ma diviene vincolante riconsiderare tre aspetti:

- l'organizzazione del distretto che implica la riorganizzazione ed il riorientamento dell'assistenza territoriale;
- l'organizzazione della medicina generale con la rivisitazione del sistema di "cure primarie",

- le nuove relazioni che si definiscono tra distretto e medicina generale.

Si tratta di dar vita ad un sistema la cui adeguatezza va costantemente verificata anche tramite l'assistito stesso.

Al riguardo, è davvero appropriata l'immagine che le Linee Guida, nella parte in cui vengono commentati i Percorsi Assistenziali, danno del paziente, descritto come *"tracciante... che, attraversando i servizi, ne mette in evidenza il funzionamento ed i prodotti, intermedi e finali, erogati durante la filiera del processo assistenziale"* e consente di *"identificare gli snodi critici", le cause che li determinano e "le eventuali malpractice"*.

Il PTA, oggi, rappresenta una irripetibile opportunità, per realizzare, come specificato nelle Linee Guida regionali:

- il miglioramento dei percorsi di cura, in particolare dei pazienti cronici;
- la gestione integrata MMG/PLS - Specialisti -infermieri su target di pazienti cronici (con istituzione del registro dei pazienti fragili);
- la riorganizzazione della funzione specialistica (Team Multiprofessionali Integrati);
- la riqualificazione della funzione infermieristica nella gestione dei pazienti cronici;
- l'implementazione delle innovazioni tecnologiche;
- la promozione della partecipazione del cittadino - sempre e comunque al centro del sistema- tramite sviluppo di programmi di informazione sull'uso dei servizi in modo da rendere il paziente cronico esperto e consapevole, attraverso l'adozione di programmi di educazione sanitaria che vedano coinvolto anche il volontariato;
- lo sviluppo di programmi di educazione coordinata su target di pazienti cronici e caregiver familiari;
- l'attuazione della rete informatizzata tra servizi distrettuali e ospedalieri;
- l'incremento progressivo dell'integrazione territorio-ospedale e prevenzione della ospedalizzazione tramite percorsi assistenziali integrati, gestiti nel territorio, istituzione di Day service e dimissioni protette direttamente connesse con la rete della domiciliarità e della residenzialità.

Funzioni, obiettivi e struttura del PTA.

La precipua **funzione del P.T.A.** è quella di promuovere il territorio, in forma strutturale -o, quanto meno, funzionale- come la sede delle cure primarie e del governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari.

Al riguardo, il **comma 8 - lettera a)** dell'art.12 della l.r. 5/09 sopra richiamata, chiarisce che il PTA costituisce:

"il punto di accesso alla rete territoriale, anche attraverso il Centro unico di prenotazione (C.U.P.), al fine di garantire in modo capillare l'erogazione di prestazioni in materia di: cure primarie (accoglienza, servizi sanitari di base e specialistici); servizi socio-sanitari integrati con le prestazioni sociali, con funzioni di presa in carico, valutazione multidisciplinare e formulazione del piano personalizzato di assistenza, attraverso l'integrazione professionale di operatori appartenenti alle Aziende sanitarie provinciali e ai comuni, a favore di persone e famiglie con bisogni complessi; servizi a favore dei minori e delle famiglie con problemi socio-sanitari e sociali; servizi di salute mentale (SERT).

Ed il **successivo comma 9**, puntualizza:

"All'interno delle cure primarie dovranno in particolare prevedersi:

- a) le U.T.A.P. (Unità territoriali di assistenza primaria) con la funzione di continuità assistenziale (assistenza notturna e/o a chiamata) e supporto alla lunga assistenza;*
- b) le cure domiciliari con diversa intensità;*
- c) le prestazioni di diagnostica specialistica, con ambulatori attrezzati anche per la piccola chirurgia di emergenza;*
- d) le attività degenziali di bassa e media complessità clinica da realizzarsi anche mediante la riduzione dei posti letto per acuti e la conversione in posti di Residenze sanitarie assistenziali (R.S.A), cure riabilitative e presidi di lunga assistenza per patologie croniche, nonché posti semiresidenziali da adibire a centri diurni."*

Il PTA, attraverso la ottimizzazione delle risorse logistiche, strutturali, umane, professionali ed economiche, volta a contenere la spesa sociosanitaria, e tramite la realizzazione di un elevato livello di integrazione tra ospedale e territorio, finalizzata alla riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri, avrà il compito, come si legge nelle Linee Guida, di:

"- organizzare in modo appropriato, efficace ed efficiente i percorsi dei pazienti in relazione ai loro bisogni di salute, rivolgendo particolare attenzione alle persone con patologie a lungo termine, che costituiscono una delle maggiori sfide per il sistema assistenziale;

- organizzare la transizione tra cure primarie e cure secondarie e terziarie promuovendo percorsi assistenziali integrati che mettano in evidenza le responsabilità, i contributi ed i risultati di tutti i professionisti impegnati nella filiera di cura e assistenza".

Il PTA, pertanto, si connota per:

- operatività nelle 12 ore;
- dotazione di Punto di Accesso alla rete territoriale connesso con il Centro Unico di Prenotazioni (CUP);
- sviluppo dell'Accoglienza e delle Cure Primarie;
- attivazione di servizi in favore dei minori e delle famiglie con problemi socio-sanitari e sociali;
- promozione dei servizi socio-sanitari per le fragilità con "presa in carico", valutazione multidisciplinare e formulazione del piano *"personalizzato di assistenza"*;
- gestione globale dell'assistito e della famiglia, da parte dei MMG/PLS e degli infermieri che svolgeranno anche attività di *counseling*, in particolar modo verso i *caregiver* familiari;
- raccordo con i Ser.T e con i Servizi di Salute Mentale;
- collegamento con gli Uffici afferenti al Dipartimento di Prevenzione, cui la legge, affida la prevenzione primaria (anche attraverso la progettazione e realizzazione di campagne di educazione alla salute specie in ambito scolastico) e la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive (attività vaccinale), oltre ai compiti di prevenzione e promozione della salute ambientale e la sicurezza e salubrità del posto di lavoro.

Il PTA, identificato come **"porta di ingresso"** del cittadino ai servizi territoriali di assistenza, *"si pone l'obiettivo di fornire una risposta integrata ai bisogni di salute della popolazione aggregando e/o integrando funzionalmente le diverse componenti dell'assistenza territoriale"*.

Le Linee Guida regionali individuano come **"Componenti del PTA"**:

1. Punto Unico di Accesso del PTA con competenze di Sportello Unico di Accesso alle Cure Domiciliari;
2. Assistenza specialistica ed ambulatori dedicati ai target: scompenso cardiaco e diabete mellito di 2 tipo;
3. Sportello del paziente Cronico;
4. Ambulatorio Infermieristico;

5. Punto di Primo Intervento;
6. Punto di Primo Intervento Pediatrico
7. Diagnostica: di laboratorio e strumentale.

Punto Unico di Accesso del PTA,

Componente fondamentale per realizzare in modo efficiente il processo di *"presa in carico"* dell'assistito, è preposto all'accoglienza dell'utente e rappresenta lo snodo di tutti i collegamenti con i servizi territoriali: sia quelli fisicamente aggregati nel presidio sia quelli non aggregati; esso assolve al compito di armonizzare le procedure e di semplificare i percorsi di fruizione da parte del cittadino: dall'assistenza protesica a quella integrativa, ai benefici che conseguono al riconoscimento dello stato invalidante e/o di portatore di handicap, ecc., secondo il principio in base al quale *"girano le carte e non il paziente"*.

La istituzione del Punto unico di accesso del PTA, presuppone la puntuale individuazione di: **compiti e funzioni, risorse umane ad esso preposte, allocazione e dotazione di congrue attrezzature.**

Compiti e funzioni

La finalità essenziale del Punto consiste nell'agevolare l'accesso alle prestazioni e snellire l'iter assistenziale di presa in carico e di indirizzamento degli utenti.

Il Punto, costantemente collegato con il centro di prenotazione del poliambulatorio, è chiamato ad assolvere a molteplici compiti e funzioni:

- ✚ Ricezione delle istanze dell'utenza ed indirizzamento alla fruizione efficiente e rapida delle prestazioni: specialistiche ambulatoriali (conformemente con le ultime disposizioni contenute nel D.A. 2654/2009 in tema di *"velocità differenziate"*, *"procedura di accesso facilitato"* e *"percorso privilegiato"* riservati ai pazienti con particolari esigenze assistenziali, che segnano il passaggio dal sistema di prenotazioni *"cronologico"* a quello *"per priorità"* oltreché con quanto, al riguardo, prevede il Decreto 12 agosto 2010), scelta e/o revoca del MMG o del PLS, esenzione ticket, modalità di fruizione dell'assistenza protesica ed integrativa (protesi, presidi, ausili sanitari, ecc.), certificazione medico legale (rilascio patenti, porto d'armi, certificazione medico-legale), ecc.

- ✚ Al Punto Unico di Accesso del PTA si ascrive anche il compito di assicurare

le attività di **Sportello Unico di Accesso alle Cure Domiciliari**" curando gli adempimenti di front-office e di back-office delineati nelle "Linee Guida per l'accesso e il governo del sistema integrato delle cure domiciliari", adottate dall'Assessorato della Salute nel giugno 2010 ed emanate, con il Decreto Presidenziale 26 gennaio 2011.

↓ Il Punto, operando da PUA, si interfaccia con il Referente dell'Ufficio Territoriale dei PP.OO., e pone in essere gli adempimenti connessi con le "**Dimissioni Protette**" (nel puntuale rispetto del protocollo adottato da l'Azienda, e nel rigoroso rispetto delle disposizioni contenute nelle sopra citate "*Linee Guida per l'accesso e il governo del sistema integrato delle cure domiciliari*", e di quelle previste da D.A. n°1325 del 24 maggio 2010 "*Indirizzi per la riorganizzazione e il potenziamento della rete regionale di residenzialità per i soggetti fragili*") ed inoltre, in accordo con lo Sportello del Paziente Cronico, è preposto alla gestione anche delle "**Dimissioni facilitate**".

Ubicazione

Il Punto Unico di Accesso del PTA di Casteltermini è stato **allocato al primo piano dello stabile di Via Kennedy, 55**, privo di barriere architettoniche, in locali, contigui al Centro di Prenotazione del Poliambulatorio, ove ha sede il Distretto.

Risorse umane

L'attività del Punto Unico di Accesso è assicurata dal "pool" composto in atto da n°10 dipendenti del ruolo amministrativo che, si alternano nelle giornate da lunedì a venerdì, dalle ore 8,00 alle ore 20,00.

Il predetto "pool", all'occorrenza, si avvale della collaborazione del personale distrettuale che si interfaccia con l'URP aziendale.

Il personale amministrativo del Punto di accesso unico del PTA, in ragione della pluralità e specificità delle funzioni di quest'ultimo, è supportato da personale **infermieristico -individuato in n°4 unità-** perché in grado di comprendere appieno la domanda di salute, di indirizzare in modo mirato l'assistito ed assicurare un riferimento puntuale per la gestione dello Sportello del Paziente Cronico e la fruizione delle cure domiciliari (Sportello del paziente Fragile).

Purtroppo, questo Distretto, come è stato scritto nella relazione di previsione, non può avvalersi, se non sporadicamente e/o prevalentemente tramite la reperibilità telefonica, dell'apporto dell'Assistente Sociale, figura francamente essenziale specie per realizzare la compiuta integrazione socio-sanitaria, a causa dell'ormai storica carenza, ad oggi non ancora colmata, dell'anzidetta figura professionale.

Strumenti operativi.

Il Punto è dotato:

- di un numero verde: **800.059. 736**
- indirizzo di posta elettronica: **dscasteltermini.sportellounico@aspag.it**
- **strumenti informatici** (p.c. con stampanti, collegamento internet, linea telefonica).

Il personale preposto al Punto Unico di accesso del PTA è stato dotato di un **Manuale** -una sorta di agenda- **in uso agli operatori** per un rapido ed efficace orientamento dell'utenza alla fruizione delle svariate prestazioni che si erogano in ambito distrettuali.

E' stata avviata la formazione -percorso chiaramente *in progress*- di tutti gli operatori, coinvolti nel Punto.

○ **Assistenza sanitaria di base e specialistica**

Essa è finalizzata a garantire la Continuità Assistenziale e la presa in carico globale del paziente nel caso in cui si è chiamati a fronteggiare bisogni di salute complessi che richiedono un'assistenza continuativa o prolungata nel tempo.

La "**presa in carico**", è un processo impegnativo che si configura come "*governo*" di interventi integrati, continuativi e coordinati volti a soddisfare un bisogno complesso e articolato che comporta la elaborazione di Piani personalizzati.

Compito fondamentale del territorio è quello di gestire la cronicità attraverso l'articolazione, nel Distretto, di una efficace risposta sanitaria finalizzata alla deospedalizzazione dei pazienti cronici: in particolare per quelli che versano in precario equilibrio clinico e che, pertanto, tendono, con facilità, a virare verso lo scompenso.

E, l'elemento pregnante della logica dei PTA oltreché massima espressione del processo di riorganizzazione del territorio, è rappresentato dalla "*gestione integrata*" che comporta la presa in carico del paziente cronico attraverso l'attivazione di percorsi assistenziali, differenziati in relazione alla "*stadiazione*" del singolo paziente, cui segue la predisposizione di un "*piano di cura annuale*" ed i *follow-up* personalizzati.

A tal riguardo, non è certo questa la sede per declinare il ruolo essenziale ed insopprimibile del MMG.

○ **Assistenza specialistica in forma diretta**

Il Poliambulatorio di Casteltermini è dotato di gran parte delle branche principali; talune di esse, invero, necessitano di incremento al fine di poter rendere all'utenza una risposta pronta ed abbattere, così, le liste di attesa che, peraltro, registrano un prevedibile allungamento per effetto

dell'attivazione dei percorsi di gestione integrata presso gli Ambulatori Dedicati di cui si dirà più avanti.

Il Poliambulatorio di Cammarata, nato per supportare il PTE, in origine, aveva una dotazione di branche assai esigua che, però, nel tempo, è stata implementata (anche con lo spostamento di ore di talune branche dal Poliambulatorio di Casteltermini); esso è etichettabile come "spoke".

Il governo clinico e gestione integrata dei pazienti cronici prendono corpo negli A.G.I. (Ambulatori di Gestione Integrata), ove attori diversi (MMG, Specialista Ambulatoriale ed Infermiere) operano in team multi professionale, oltretutto negli Ambulatori dedicati per patologia.

In questo Distretto, nell'anno 2011, sono stati attivati **n° 4 Ambulatori Dedicati**:

- **"Scompenso Cardiaco"** (uno per ciascuno dei due Poliambulatori distrettuali)
- **"Diabete Mellito di tipo 2"** (uno per ciascuno dei due Poliambulatori distrettuali).

In ciascuno dei 4 ambulatori dedicati operano **lo specialista della branca (cardiologo e/o diabetologo) e l'infermiere professionale**, componente del *team* preposto anche all'ambulatorio infermieristico ed allo Sportello del Paziente Cronico.

Nei due predetti ambulatori dedicati, prendono corpo i percorsi di gestione integrata dei pazienti cronici afferenti ai due predetti target prioritari; la prima visita specialistica comporta anche la elaborazione del piano di cura annuale e la pianificazione del *follow-up*, lo specialista cardiologo e/o diabetologo, perfeziona la prima *stratificazione* del rischio rilevata nella schede di *start-up* dei MMG ed effettua la *stadiazione* del paziente; gli infermieri, per parte loro, educano al *self care* e forniscono istruzione al paziente ed al *caregiver*.

➤ **Ambulatorio dedicato per lo scompenso cardiaco.**

L'ambulatorio scompenso attivo, dal settembre 2011, a **Casteltermini** nella giornata di **venerdì dalle ore 8,00 alle ore 12,00**, è stato dotato dell'apparecchiatura elettromedicale per l'esecuzione della eco-color-doppler cardiaco.

L'ambulatorio dedicato allo "scompenso" di **Cammarata** è attivo nella giornata di **lunedì, dalle ore 17,00 alle 20,00**.

Alla data del 30.09.2012, si rilevano:

- **n° 570 pazienti rilevati tramite le schede di start-up** (aggiornate al 20.02.2012);
- **n° 547 soggetti invitati a visita specialistica;**

- **n°212 pazienti sottoposti a visita specialistica** per la stratificazione del rischio, stadiazione, avvio del percorso di gestione integrata e follow-up;
- **n°335 assenti (**).**

✚ **Ambulatorio dedicato per il diabete.**

Per l'Ambulatorio Dedicato al diabete valgono le considerazioni sopra esposte per l'Ambulatorio dedicato allo scompenso.

L'ambulatorio dedicato al "diabete mellito di tipo 2" è attivo, presso il Poliambulatorio di Casteltermini, nella giornata di **martedì dalle ore 8,00 alle ore 12,00;**

L'ambulatorio dedicato al "diabete" di Cammarata è attivo nella giornata di giovedì, dalle ore 11,00 alle 13,30.

Alla data del 30.09.2012, si registra:

- **n° 1.134 pazienti rilevati tramite le schede di start-up** (aggiornate al 20.02.2012);
- **n° 539 soggetti invitati a visita specialistica;**
- **n°150 pazienti sottoposti a visita specialistica** per la stratificazione del rischio, stadiazione, avvio del percorso di gestione integrata e follow-up;
- **n°389 assenti (**).**

(**) Emerge in tutta evidenza un **numero assai consistente di soggetti, seppure invitati a visita specialistica cardiologica e/o diabetologica** (per il tramite dei MM.MM.GG. che li avevano segnalati con le schede di start-up), **risultano assenti** (per mancata adesione o perché allettati, deceduti, trasferiti, ecc.)

o **Sportello del Paziente Cronico**

Strettamente connesso con il Punto Unico di Accesso, con l'Ambulatorio Infermieristico e con gli Ambulatori Dedicati è lo Sportello del Paziente Cronico la cui conduzione grava sull'infermiere che assiste lo Specialista Cardiologo e Diabetologo degli "Ambulatori Dedicati" per patologia.

Ad esso compete la tenuta e la gestione del "**Registro distrettuale del paziente cronico**" (dei due target individuati dall'Assessorato della Salute: diabete mellito di tipo 2 e scompenso cardiaco) istituito, immediatamente dopo la ricezione delle schede di start-up elaborate e trasmesse al Distretto dai MM.MM.GG.

Il personale infermieristico ha già avviato l'attività di follow-up attivo ed ha intrapreso, seppure ancora per un numero limitato di utenti, il **self-care** e la educazione del paziente e del **caregiver**.

o **Ambulatorio Infermieristico.**

E' situato all'interno del Poliambulatorio di Casteltermini, fruibile nei giorni da lunedì a venerdì, dalle ore 8,00 alle ore 14,00, ad esso sono preposti, a turno, n°4 infermieri, i quali tra l'altro operano in "pool" multifunzionale trasversalmente per garantire le prestazioni presso: il Punto Unico di Accesso, lo Sportello del paziente cronico, il Punto di Primo Intervento e, ovviamente l'Ambulatorio Infermieristico.

Le prestazioni infermieristiche vengono fruiti, in h 12, anche presso il Presidio di Cammarata ove opera un secondo Ambulatorio infermieristico.

Quest'altro Ambulatorio è gestito dal personale infermieristico del PTE, ossia, con una delle due unità in dotazione al Presidio Territoriale di Emergenza (come da **D.A. 8 gennaio 2001** - "*Linee guida per l'organizzazione funzionale dei presidi territoriali di emergenza e della rete dell'emergenza-urgenza*"); vale a dire, con l'unità che rimane costantemente in sede e che, pertanto, può senz'altro presiedere assicurare le prestazioni infermieristiche ambulatoriali; mentre, l'altra unità in dotazione del PTE, è, come è noto, parte integrante dell'equipaggio dell'ambulanza (del tipo MSA) e, quindi, sempre pronto a mobilitarsi dietro disposizione della Centrale Operativa 118 di Caltanissetta.

In entrambi gli ambulatori verranno praticate: medicazioni, prelievi, terapia iniettiva, sostituzione di catetere vescicale, controlli delle stomie, piaghe, ulcere diabetiche, ecc.

o **Punto di Primo Intervento (P.P.I.).**

Il P.P.I., di Casteltermini, attivo dagli inizi del mese di Marzo 2011, è **allocato al piano terra dei locali di Via Kennedy, n° 55** che ospitano anche il Poliambulatorio la sede del Distretto ed è gestito dai Medici di Continuità Assistenziale; esso ha la finalità di assicurare nel territorio una efficace risposta alle piccole urgenze, di basso-medio livello, onde ridurre gli accessi al Pronto Soccorso e, conseguentemente, i ricoveri impropri.

Al contrario, come è noto, le acuzie vanno sempre indirizzate ai Pronto soccorso ospedalieri, anche con il supporto della rete dell'emergenza-urgenza 118, la cui postazione, a Casteltermini, è ospitata in locali contigui al P.P.I.

Gli assistiti vi accedono direttamente e, talvolta, inviati dal MMG /PLS.

Il P.P.I. si avvale dell'Ambulatorio Infermieristico e delle prestazioni degli Specialisti Ambulatoriali presenti.

Prestazioni rese dal PPI di Casteltermini:

- dagli inizi di marzo 2011, epoca di attivazione, al dicembre 2011: n°1517 accessi.
- dal 01.01.2012 al 30 settembre 2012: n° 1696 accessi.

Si è in attesa della dotazione, al P.P.I., di un POCT [come peraltro espressamente previsto dall'art.6, comma 1 del vigente Accordo Regionale di Continuità Assistenziale, ove si legge "*L'attività sarà integrata con gli infermieri e con gli specialisti poliambulatoriali ivi operanti e potenziata da sistemi di diagnostica essenziale (es: Point of care testing - P.O.C.T.)*"] con specifici "*panel*" di analiti, in particolare i marcatori biochimici di danno miocardico (Troponina, mioglobina, CPK, CK-MB massa, ecc.).

○ Diagnostica

✓ **Diagnostica di Laboratorio**

A giorni, vale a dire con l'acquisizione delle attrezzature occorrenti, verrà attivato il Punto Prelievi; in tal modo si renderà il PTA quanto più conforme al modello standard, disegnato dall'Assessorato della Salute.

✓ **Radiodiagnostica**

Il Distretto in atto può contare sulle prestazioni erogate presso il Poliambulatorio di Cammarata (con Specialista Ambulatoriale Interno per n° 7 ore settimanali).

La storica assenza dell'ambulatorio di radiologia, nel Comune di Casteltermini, ove è ubicato il Poliambulatorio che maggiormente supporta il PTA, derivata dall'ancora persistente inadeguatezza strutturale del Distretto, troverà una adeguata soluzione con la ristrutturazione (per effetto del conferimento di recenti fondi statali), dei locali di proprietà aziendale.

Ed inoltre, onde garantire comunque le prestazioni di radiodiagnostica, l'Azienda ha avviato un approfondimento finalizzato ad esperire l'ipotesi di poter acquistare prestazioni dai soggetti accreditati (alla stregua di analoghe prestazioni che costoro rendono al domicilio dei soggetti).

○ Punto di Primo Intervento Pediatrico (P.P.I.-P).

E' stata individuata, come sede dell'istituendo PPI-P, il Poliambulatorio di Cammarata, anche per coltivare l'aspettativa di poterlo attivare, ove risultasse sede non ambita da altri Pediatri, almeno da uno dei Pediatri in convenzione (operanti a Cammarata, San Giovanni Gemini, comuni limitrofi, e Casteltermini); d'altronde la superiore preoccupazione è tutt'altro che infondata in ragione del fatto che, per la peculiarità del territorio di questo Distretto che rende

o **Punto di Primo Intervento Pediatrico (P.P.I.-P).**

E' stata individuata, come sede dell'istituendo PPI-P, il Poliambulatorio di Cammarata, anche per coltivare l'aspettativa di poterlo attivare, ove risultasse sede non ambita da altri Pediatri, almeno da uno dei Pediatri in convenzione (operanti a Cammarata, San Giovanni Gemini, comuni limitrofi, e Casteltermini); d'altronde la superiore preoccupazione è tutt'altro che infondata in ragione del fatto che, per la peculiarità del territorio di questo Distretto che rende poco appetibili ed affatto ambiti i Presidi di Continuità Assistenziale e le branche dei due Poliambulatori, per gli Specialisti Ambulatoriali.

o **Presidio Territoriale di Emergenza (P.T.E.).**

In questo Distretto è attivo il PTE di Cammarata, istituito a seguito della rifunionalizzazione (per effetto della Delibera n. 466 del 28.12.1996 della Giunta Regionale) del soppresso Ospedale di Cammarata

Al Presidio Territoriale di Emergenza, attivo h 24, sono preposti:

- N°5 Dirigenti Medici e n°1 Medico in convenzione;
- N°12 Infermieri (come previsto dal D.A. 8 gennaio 2001 - "*Linee guida per l'organizzazione funzionale dei presidi territoriali di emergenza e della rete dell'emergenza-urgenza*"); difatti, presso il PTE operano n°2 infermieri per turno; uno dei quali è parte integrante dell'equipaggio dell'ambulanza (ambulanze medicalizzata del tipo MSA), sempre pronto a mobilitarsi dietro input della Centrale Operativa 118 (del P.O. "Sant'Elia di Caltanissetta"); mentre l'altra unità rimane costantemente in sede.

L'intervento dell'equipe del PTE potrà esaurirsi nel primo soccorso e nella stabilizzazione del paziente acuto in situazione critica, ovvero, potrà comportare il trasferimento, tramite ambulanza e con assistenza medico-infermieristica, del paziente presso il più vicino nosocomio.

Il Direttore del Distretto
(Dr. Gaetano Mancuso)

