

REVISIONE ORGANIZZATIVA AUSL MODENA

Rilettura dell'assetto organizzativo del dipartimento cure primarie e del setting della transitional care

INTRODUZIONE

Alla base della riorganizzazione oggetto di questo documento possiamo individuare fondamentalmente tre punti che ne hanno determinato l'esigenza:

1. L'importante modificarsi del **contesto epidemiologico**, sia a livello nazionale che a livello locale, tale da richiedere oggi di ripensare i modelli clinico assistenziale e, dunque, organizzativi aziendali.

L'Istat riporta che a 55 anni di età la prevalenza di malattie croniche è del 50%. Questo significa, quindi, che considerando una speranza di vita in media di 82 anni, i sistemi sanitari sono chiamati a programmare e gestire percorsi di cura per patologie croniche di una durata media di circa 27 anni per ogni cittadino. I percorsi per pazienti cronici, come noto, sono trasversali per definizione e debbono necessariamente tagliare trasversalmente l'organizzazione: ecco perché è necessario iniziare *realmente* a superare le logiche di azione a silos, in luogo dello sviluppo di funzioni di coordinamento clinico unitario. "Siamo in una fase storica in cui la messe è molta ma gli operai sono pochi" (Guerra e Tozzi, 2023), ovvero in cui i cittadini che fruiscono dei servizi sanitari abbondano ma le risorse scarseggiano, è quindi necessario creare percorsi clinico assistenziali organizzati in reti che funzionino in entrambi i versi: evitando così l'ingolfarsi di attività non propria nei centri cosiddetti "HUB". Questo significa stratificare e distribuire la responsabilità della presa in carico lungo tutta la filiera professionale (MMG, specialisti ambulatoriali e ospedalieri, etc.) a seconda degli stadi patologici, puntando alla fluidità dei percorsi (Guerra e Tozzi, 2023).

2. L'entrata in vigore del **DM 77/2022** quale riferimento normativo fondamentale per una rilettura del territorio e delle dinamiche ad esso connesse.

Si tratta di un atto molto importante ed atteso, da più punti di vista analizzato nel corso dell'ultimo anno, che per la prima volta definisce standard per l'assistenza territoriale: indispensabili punti di riferimento nella progettazione dei modelli organizzativi territoriali. Con il DM 77/2022, inoltre, viene fornito, peraltro, il contesto organizzativo e professionale entro il quale si sviluppano gli investimenti del PNRR (Case della comunità, OSCO, Hospice, ...).

3. Gli esiti della **diagnosi organizzativa dell'attuale assetto organizzativo aziendale**, in particolare del Dipartimento Cure Primarie, che hanno reso evidente come l'attuale articolazione aziendale, per far fronte alle sfide oggi richieste al sistema sanitario, debba modificarsi.

Il dipartimento Cure Primarie di AUSL Modena nella sua conformazione attuale racchiude molte strutture di natura differente e con mission differente tra loro. Se l'eterogeneità rappresenta certamente un valore aggiunto, può tuttavia aumentare la complessità di gestione, distogliendo energie e risorse a discapito delle funzioni caratteristiche del dipartimento. Nel caso specifico, anche nell'ambito degli incontri intercorsi con i professionisti del dipartimento, è emersa la necessità di: recuperare l'identità propria del dipartimento cure primarie, agire il governo clinico e l'appropriatezza anche in stretta sinergia con il dipartimento farmaceutico, svolgere il ruolo di committenza e governo della convenzionata (medicina generale/pediatria di libera scelta).

Dall'incrocio, dunque, di variabili esterne (punti 1 e 2) e di variabili interne (punto 3) si apre per l'Azienda USL di Modena una grande opportunità di cambiamento organizzativo.

I NUOVI ASSETTI PROGETTATI

Il dipartimento cure primarie

Con DGR n. 57 del 06/03/2015 viene individuata, uniformemente a livello regionale, la mission del dipartimento cure primarie quale: forma organizzativa della funzione di produzione che ha il mandato di garantire a tutti i cittadini le cure primarie. Le cure primarie sono un sistema di cure che, erogate vicino ai luoghi di vita delle persone (studio del proprio medico, domicilio, strutture ambulatoriali e consultoriali, strutture residenziali), costituiscono la forma principale di assistenza sanitaria sul territorio che garantisce la presa in carico, l'assistenza e la continuità delle cure. Tale forma assistenziale è centrata sui bisogni della persona, ha valenze di promozione e tutela della salute, prevenzione, cura e riabilitazione, e si giova di una rete territoriale di strutture e professionalità che operano in maniera integrata.

Nella medesima DGR, inoltre, è previsto che il dipartimento cure primarie gestisca le risorse assegnate allo scopo di:

- facilitare l'accesso alle cure nell'ambito della riduzione delle disuguaglianze;
- assicurare l'assistenza primaria alle persone nell'arco di tutta la vita, sia come risposta alle patologie in fase acuta, che durante le fasi della cronicità e nell'ultima fase della vita;
- assicurare l'assistenza a persone con patologie croniche, utilizzando gli strumenti e le modalità assistenziali che fanno riferimento alla medicina di iniziativa, e intervenire anche sulla promozione della salute;
- definire e garantire standard di prodotto dei servizi di assistenza primaria, assistenza specialistica ambulatoriale, consultoriale rivolta alla donna, all'infanzia e all'età evolutiva, assistenza agli anziani e ai disabili;
- assicurare relazioni operative con i Dipartimenti ospedalieri e le strutture sanitarie accreditate, con il DSM-DP, DSP e Dipartimento o Servizio farmaceutico territoriale, i Servizi Sociali dei Comuni, il Terzo settore finalizzate a garantire la continuità assistenziale dei percorsi di cura;
- promuovere e verificare la qualità delle cure attraverso l'utilizzo degli strumenti del governo clinico.

Visione strategica

Il Dipartimento Cure Primarie:

- si pone l'obiettivo strategico della presa in carico territoriale della cronicità assicurando la continuità delle cure, definendo e garantendo percorsi assistenziali integrati e condivisi con il paziente e/o caregiver;
- promuove lo sviluppo della medicina proattiva quale modello di riferimento per la gestione della cronicità anche aumentando le competenze e le capacità di autocura dei pazienti;
- si pone l'obiettivo di garantire una prima risposta ai problemi acuti dei cittadini gestibili nell'ambito delle cure primarie;
- promuove lo sviluppo organizzativo dei Nuclei di cure primarie quali luoghi di esercizio dell'attività clinico assistenziale;

- dovrà costruire, in collaborazione con i servizi sociali, le opportune integrazioni tra i PDTA ed i percorsi socio-sanitari, al fine di fornire al paziente complesso, con una molteplicità di problemi sanitari e sociali, una risposta integrata ottimizzando l'utilizzo delle risorse;
- sviluppa la competenza di tutti gli operatori coinvolti, dipendenti e convenzionati, al fine di garantire livelli omogenei e qualificati delle prestazioni;
- promuove ed implementa l'innovazione e la ricerca, per migliorare la qualità dell'assistenza;
- promuove il consolidamento delle relazioni tra il sistema territorio (risposta continua) e il sistema ospedale (risposta puntuale per singoli episodi);
- garantisce la gestione dei casi in modo integrato con i Servizi Sociali, a partire dalla valutazione multidimensionale.

Funzioni core del dipartimento cure primarie

- 1) Funzione di governo clinico;
- 2) Funzione di definizione, adozione e monitoraggio dei percorsi assistenziali;
- 3) Funzione di gestione delle interfacce della rete dei servizi al fine della globalità e continuità delle cure e dell'assistenza,
- 4) Funzione di sviluppo delle competenze e di valorizzazione del personale;
- 5) Funzione per la gestione degli accordi convenzionali nei rapporti con i professionisti dei NCP (medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, PLS, specialisti ambulatoriali convenzionati interni);
- 6) Funzione di governo delle Cure Intermedie Sanitarie;
- 7) Governo della attività dei NCP;
- 8) Gestione dell'attività dell'Unità Pediatrica di Cure Primarie;
- 9) Gestione del Sistema Informativo;
- 10) Funzione di supporto amministrativo.

La nuova conformazione del dipartimento cure primarie, dunque, prevede che sia così articolato:

- n. 4 strutture complesse di cure primarie, con riattribuzione per un equilibrio numerico di popolazione gestita:
 - UOC Mirandola – Carpi (ex area nord);
 - UOC Modena (ex area centro);
 - UOC Sassuolo – Pavullo (ex area Sud);
 - UOC Castelfranco – Vignola: di nuova identificazione anche per complementarità di progettualità seguite;
- n. 1 struttura complessa consultori familiari;
- n. 3 strutture semplici a valenza dipartimentale: pediatria di comunità, salute nelle strutture penitenziarie (Modena e Castelfranco) e cure palliative. In relazione all'attuale conformazione della rete delle cure palliative del territorio dell'AUSL Modena e della sua forte permeabilità e sinergia con il contesto della medicina generale si è ritenuto opportuno mantenere tale struttura nell'ambito del dipartimento delle cure primarie.

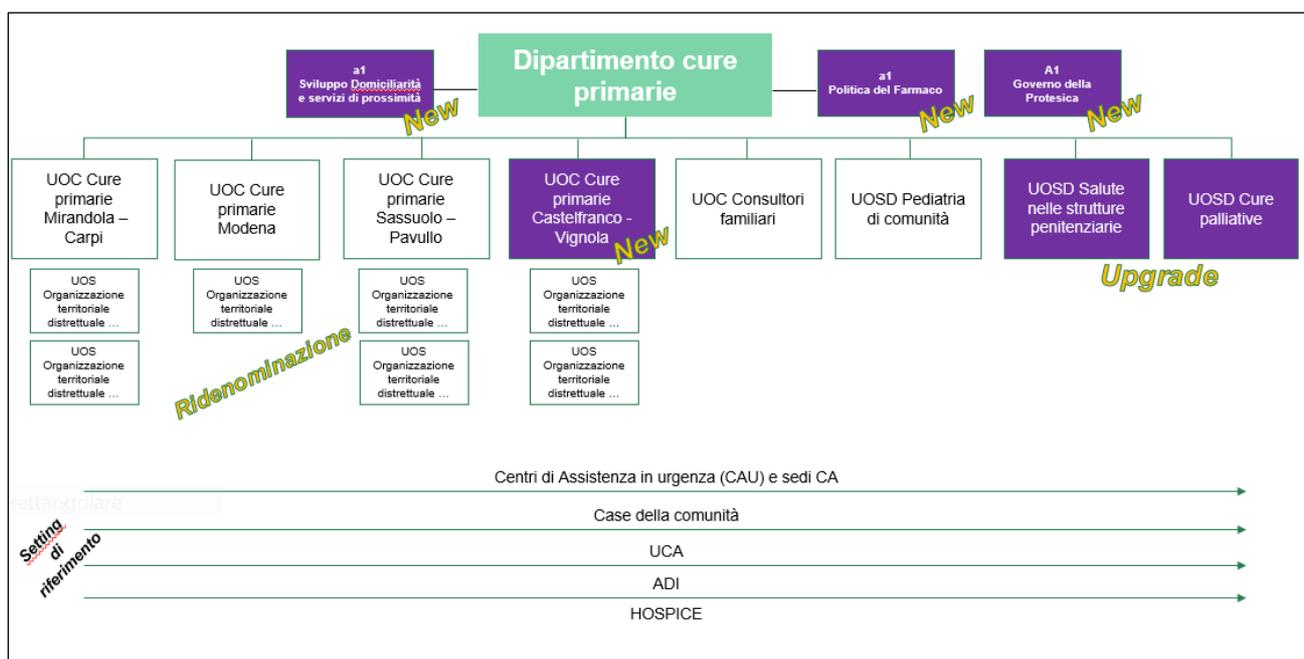
A ciascuna struttura complessa si prevede afferiscano le strutture semplici attualmente previste nell'organigramma aziendale, sebbene con talune modifiche, per alcune, in ragione del nuovo macro assetto.

Se verticalmente, dunque, si conferma il livello di gestione nelle strutture (siano esse complesse o semplici a valenza dipartimentale) si ritiene di fondamentale importanza investire su un livello trasversale per il coordinamento dei setting di riferimento quali i centri di assistenza in urgenza (CAU) e continuità assistenziale,

assistenza domiciliare, rete delle Case della Comunità aziendali, hospice. Per garantire un maggior presidio dei processi trasversali e delle relative procedure si ritiene inoltre di allocare in staff al Dipartimento le funzioni di sviluppo della domiciliarità e servizi di prossimità, di politica del farmaco e governo della protesica.

Preme precisare la multidisciplinarietà e multiprofessionalità che deve caratterizzare tale dipartimento e, conseguentemente, anche il coordinamento dei processi trasversali.

Figura 1 – Nuovo organigramma del dipartimento cure primarie



Il dipartimento dell'integrazione

Negli ultimi decenni si parla moltissimo di integrazione ospedale-territorio-ospedale e di continuità delle cure tra setting, tuttavia agire l'integrazione resta sempre la sfida più importante a cui le Aziende Sanitarie (territoriali, in particolar modo) cercano ancora di dare risposta, sperimentando i modelli più disparati. La notevole complessità caratterizzante le Aziende Sanitarie (cosiddette aziende brain intensive/ad alto capitale intellettuale) richiede, dunque, che anche la gestione di fasi di intersezione tra setting differenti debbano essere "gestite" e non demandate a "semplici" forme di coordinamento. Per poter gestire questi aspetti è necessario allora introdurre, in questa fase, una macroarticolazione nel contesto aziendale, che sia deputata esclusivamente alla facilitazione di connessioni tra setting ed alla costruzione e presidio di servizi in rete ed integrati tra loro. Il dipartimento dell'integrazione si pone, quindi, la sfida di giocare **un ruolo pivot nella gestione degli aspetti più critici delle cronicità**, svolgendo **un ruolo semplificatore**, non antagonista, bensì complementare al dipartimento di cure primarie.

Resta inteso che la primaria gestione delle cronicità è e permane in capo al Dipartimento cure primarie (con assistenza primaria: MMG/PLS) che deve confermarci nel ruolo di governo della cronicità. Dal **dipartimento dell'integrazione** ci si attende, dunque, il supporto nella **gestione degli aspetti critici dei percorsi di continuità che possono generare dropout di pazienti nei percorsi di**

cura. Un dipartimento che deve lavorare molto sui processi, sullo sviluppo di percorsi di cura integrati e continui tra diversi setting, monitorandone il reale funzionamento, intervenendo immediatamente laddove si riscontrassero criticità nei percorsi di cura con conseguente dropout di assistiti.

Un dipartimento dell'integrazione che:

- Si occupi di creare il luogo dell'interazione e di costruzione di una dialettica continua tra i professionisti appartenenti a setting differenti;
- funga da luogo della contaminazione/confronto e conoscenza reciproca dei setting;
- lavori sulla costruzione di percorsi, a partire dalla stratificazione della popolazione (in una logica di population health management), definendo cosa produrre internamente e cosa produrre fuori.

Si tratta di un dipartimento che dovrà lavorare sulla costruzione/manutenzione dei percorsi e loro monitoraggio, sul potenziamento di una cultura organizzativa di contaminazione dell'ospedaliero con il territoriale e viceversa (un ospedaliero verso più una medicina patient-oriented ed un territoriale che si contamina con il disease dreamer dell'ospedaliero).

Per questo motivo, dunque, è bene che, almeno nella fase di partenza, il dipartimento dell'integrazione non sia composto da molte unità operative in quanto dovrà lavorare molto sulla gestione delle operations e sulla definizione di modelli clinico assistenziali a supporto di una reale continuità nei percorsi di cura.

MISSION

Il Dipartimento dell'Integrazione rappresenta la macro-articolazione deputata alla creazione e gestione integrata, tra più setting assistenziali, dei percorsi di cura rivolti in modo particolare a soggetti deboli, cronici e polipatologici, al fine di garantire attraverso percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali un continuo e adeguato controllo dell'andamento della patologia di cui il cittadino è affetto. Il Dipartimento si pone, inoltre, l'obiettivo di costruire una comunità di pratica che abbatta i confini ospedale/territorio e agisca con una forte integrazione delle professionalità coinvolte.

AMBITI DI RESPONSABILITA'

- lavora sugli snodi funzionali e organizzativi per sviluppare percorsi in rete tra più setting assistenziali;
- garantisce una presa in carico strutturata per i soggetti deboli o cronici nei diversi setting assistenziali che compongono il sistema d'offerta aziendale (ospedaliero, territoriale e domiciliare);
- offre percorsi di cura e assistenza in maniera integrata con la componente sociosanitaria, i servizi sociali e gli enti locali;
- garantisce continuità di risposta indipendentemente dal setting assistenziale in cui si colloca il paziente, in una determinata fase del percorso di cura;
- facilita l'interlocuzione tra i professionisti che collaborano nell'ambito del medesimo percorso di cura del paziente;

Il dipartimento dell'integrazione, in fase di avvio, sarà articolato in n. 4 strutture complesse:

- Medicina interna ad indirizzo diabetologico;
- Geriatria territoriale;
- Odontoiatria;
- Psicologia clinica e di comunità.

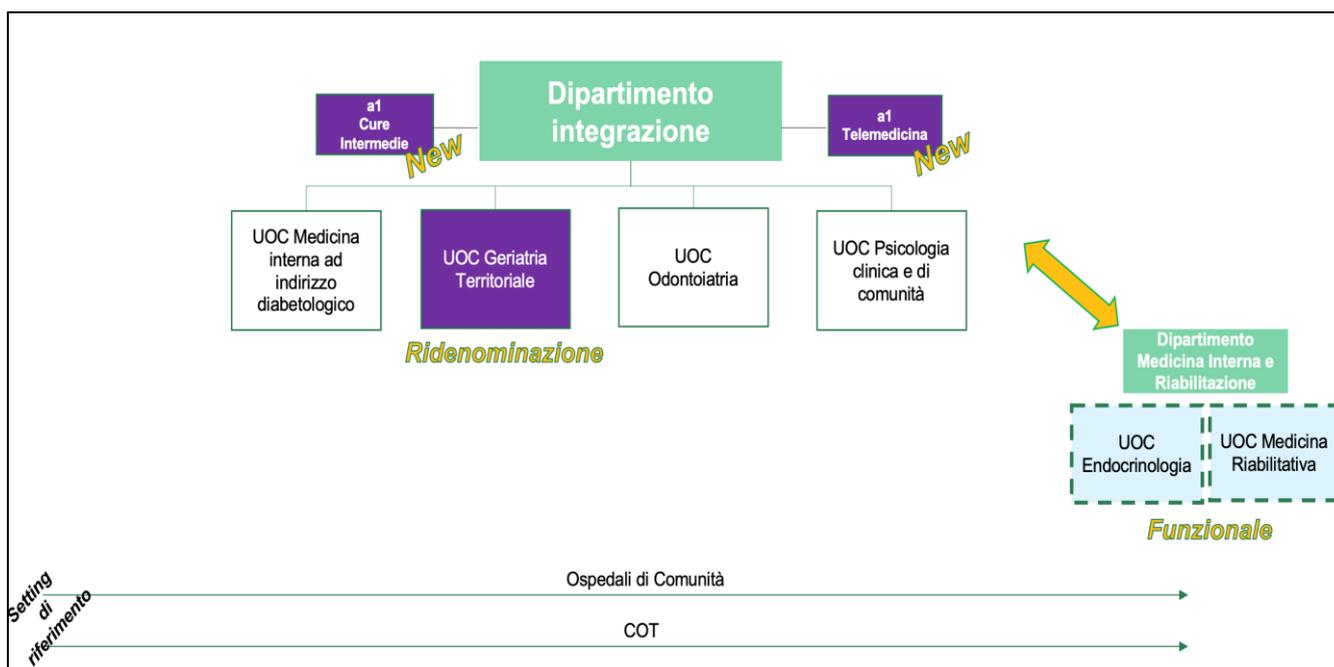
Le discipline che comporranno il dipartimento dell'integrazione, in fase di prima istanza, condividono, tra loro, la caratteristica di essere prevalentemente orientate alla gestione della presa in carico di popolazione cronica. Proprio per le ragioni richiamate nell'introduzione (cfr. contesto epidemiologico) il dipartimento dell'integrazione dovrà necessariamente operare in stretta sinergia con tutte le altre macro-articolazioni aziendali ed interaziendali. Va ribadito, infatti, che stiamo attraversando una fase storica nella quale, in considerazione dell'ampia durata media dei percorsi di presa in carico di patologie croniche nonché della loro prevalenza, vi è il bisogno di articolazioni organizzative, collocate in punti strategici e se si vuole privilegiati, che siano in grado di governare ed adeguare tempestivamente i modelli assistenziali. In questa prospettiva il dipartimento dell'integrazione che, raccogliendo al suo interno le Centrali Operative Territoriali introdotte dal DM 77/2022, potrebbe metaforicamente essere paragonato ad una torre di controllo di un aeroporto, per la visione privilegiata sui processi aziendali, ed al tempo stesso essere un laboratorio nel quale sperimentare modifiche ai processi clinico assistenziali.

Il dipartimento dell'integrazione avrà una organizzazione matriciale, nella quale alle strutture complesse, a cui sarà demandata la gestione, verranno affiancati processi trasversali (traducibili in termini di incarichi in alte specializzazioni/altissime professionalità) con il ruolo primario di governare i processi trasversali a supporto della direzione del dipartimento.

Oltre alle strutture sopra riportate, afferiranno inoltre funzionalmente al Dipartimento dell'Integrazione, in una logica di migliore presa in carico ed in coerenza con la rilettura organizzativa in attuazione del DM 77/2022:

- la struttura complessa "Endocrinologia", afferente al Dipartimento di Medicina Interna e Riabilitazione per una maggiore connettività a livello provinciale e aziendale nella gestione delle cronicità;
- la struttura complessa " Medicina Riabilitativa ", afferente al Dipartimento di Medicina Interna e Riabilitazione, per garantire l'uniformità della risposta e dei percorsi a livello provinciale.

Figura 2 – Organigramma del dipartimento dell'integrazione



Al fine di avere una corretta identificazione tra asset/snodi organizzativi della rete di transizione ed integrazione e relativa gestione di seguito, in esito ai gruppi di lavoro, si riporta una figura di sintesi. La figura 3 rappresenta un elemento di fondamentale orientamento nella fase di cambiamento organizzativo dell'Azienda.

| | | GESTORE | |
|-------|---------------------|----------------------------|---------------------------|
| | | Dipartimento cure primarie | Dipartimento integrazione |
| ASSET | OsCo | | ✓ |
| | Case della Comunità | ✓ | |
| | COT | | ✓ |
| | Hospice | ✓ | |
| | CAU | ✓ | |
| | UCA | ✓ | |

Figura 3 – Sintesi asset/gestore