

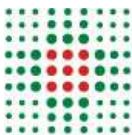
REGOLAMENTO DIPARTIMENTO DELL'INTEGRAZIONE

1. Premessa

Con l'entrata in vigore del DM 77/2022 si definiscono gli standard per l'assistenza territoriale quali punti di riferimento nella progettazione dei modelli organizzativi extra-ospedalieri. Con esso è fornito inoltre il contesto organizzativo e professionale entro il quale si sviluppano gli investimenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

È sempre più cogente la necessità di implementare modelli assistenziali che contemplino la presa in carico del paziente dall'accesso alle strutture sanitarie in emergenza-urgenza, sino all'identificazione del setting più adeguato in sede di post-dimissione, nell'ambito di una continuità di cura che consideri, anche alla luce delle più recenti indicazioni ministeriali e dei piani di investimento europei:

- a) la garanzia a tutta la popolazione dello stesso livello assistenziale e della stessa qualità delle cure, erogate migliorando l'efficienza organizzativa anche in contesti geograficamente svantaggiati;
- b) la disponibilità di un'assistenza che comprenda risposte a bisogni clinico-assistenziali e psicologici, anche per ridurre l'impatto negativo del vissuto di malattia del paziente;
- c) la riduzione degli accessi al Pronto Soccorso, dell'ospedalizzazione e dell'esposizione ai rischi legati ad essa, nonché del ricorso all'istituzionalizzazione;
- d) l'ottenimento di un sistema di dimissione protetta dalle strutture di ricovero, assicurando al domicilio la continuità di assistenza e le cure di pari efficacia;
- e) la presa in carico del paziente al domicilio, coordinandone la gestione e assicurando il costante monitoraggio di parametri clinici, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche;
- f) la fornitura alla famiglia di un'educazione terapeutica nel proprio contesto di vita, migliorando l'uso di risorse e di servizi, favorendo le attività di sorveglianza in ambito sanitario;
- g) l'utilizzo appropriato dei servizi a distanza, finalizzato ad una più efficace risposta ai bisogni assistenziali;
- h) il supporto al caregiver e alle persone che garantiscono assistenza al paziente;
- i) la relazione con il paziente e con il caregiver secondo un approccio health literacy;
- j) l'integrazione con i servizi sociali sia nelle funzioni di valutazione, sia in quelle di presa in carico;
- k) la collaborazione con i gestori di servizi sociosanitari, al fine sostenere la migliore assistenza nel setting domiciliare o residenziale, nonché di ridurre gli accessi ambulatoriali o di ricovero limitandoli alle fasi di cura strettamente necessarie;



- I) il miglioramento delle transizioni tra setting, grazie all'informatizzazione e all'inter-operabilità dei sistemi e favorendo la continuità informativa.

Tra le analisi effettuate in relazione al contesto di riferimento e all'interno della contemporanea valutazione delle caratteristiche di efficacia e di debolezza, sono identificabili gli elementi meglio dettagliati di seguito riportati.

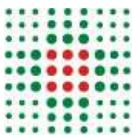
Nell'ambito della degenza internistica ordinaria ospedaliera a vocazione hospitalist (Medicine Interne generaliste con connesse attribuzioni specialistiche, Unità Internistiche Multidisciplinari) risulta particolarmente significativo l'impatto di pazienti caratterizzati da plurime comorbilità, spesso di natura cronica o cronica riacutizzata, e di età anagrafica prevalentemente di interesse internistico-geriatrico, con sempre più cogenti temi di fragilità socio-assistenziale e istituzionale.

I dati desumibili dalle schede SDO confermano l'orientamento delle Unità Operative di Medicina Interna all'assistenza di pazienti affetti dalle principali patologie internistiche, acute o croniche riacutizzate, con modalità di intervento *ad hoc* strutturate secondo il modello per intensità di cure, ma anche la necessità di una gestione multidisciplinare di quadri clinici in *overlap* nel paziente adulto-anziano a medio-elevata complessità, associata a quella di una contemporanea *governance* della continuità assistenziale ospedale-territorio nei *setting* delineati.

Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita; il miglioramento delle condizioni socio-sanitarie, determinante l'aumento della sopravvivenza ed un conseguente invecchiamento della popolazione, si è mosso di pari passo rispetto al progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, con o senza frequenti riacutizzazioni, quasi costantemente presenti contemporaneamente nello stesso individuo bisognoso di cure. Tale scenario ha finito col prevedere, di conseguenza, un notevole impiego di risorse, richiedendo continuità assistenziale per periodi di lunga durata ed una forte integrazione dei servizi sanitari.

Diventa pertanto strategica la proposizione di un progetto che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui percorsi intesi a promuovere interventi basati sull'unitarietà di approccio, centrati sulla persona ed orientati ad una migliore organizzazione dei servizi: una sfida di sistema che dovrebbe contribuire al miglioramento della tutela delle persone affette da patologie croniche, riducendo il peso assistenziale sulla famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita e rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari e sociosanitari in termine di prevenzione e di assistenza. Allo stesso modo, ai fini della salvaguardia della salute e della sostenibilità del sistema non si può non sottolineare il valore imprescindibile della prevenzione, finalizzata alla promozione della salute e alla diagnosi precoce delle patologie croniche.

Secondo i nuovi modelli organizzativi, che prevedono la realizzazione di percorsi di cura sviluppati nel *continuum* tra componente clinico-assistenziale ospedaliera e quella territoriale, risulta prioritaria una sequenza di valutazioni progettuali che superino il modello tradizionale, basato sulla realtà di erogazione di servizi sociosanitari organizzati attorno a differenti Unità Operative specialistiche, ospedaliere o territoriali.



In questo quadro il paziente cronico è identificabile in un soggetto, solitamente anziano, spesso affetto da più patologie croniche contemporaneamente incidenti (comorbilità e multimorbilità). La presenza di più patologie richiede l'intervento di diverse figure professionali, con il rischio che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario, focalizzando l'intervento più sul trattamento della malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza, dando talora origine a percorsi contrastanti, con possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche, inevitabile incremento delle spese sanitarie e difficoltosa partecipazione dello stesso paziente al percorso di cura. La prescrizione di trattamenti farmacologici multipli, spesso di lunga durata e somministrati con schemi terapeutici complessi e di difficile gestione, può ridurre la compliance, aumentare il rischio di prescrizioni inappropriate, con maggiori rischi di *outcome* negativi, quali incremento delle morbilità, aumentata frequenza e durata di ospedalizzazioni, peggiore qualità di vita ed aumento della mortalità.

2. Organizzazione Dipartimentale aziendale

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa dell'Azienda USL di Modena, con finalità di assicurare i relativi obiettivi regionali e aziendali.

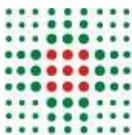
Il Dipartimento raggruppa strutture organizzative affini o complementari che perseguono comuni finalità e che, pur conservando la propria autonomia clinica e professionale, sono tra loro interdipendenti nel raggiungimento degli obiettivi e nell'utilizzo delle risorse.

Il Dipartimento è organizzato come centro di responsabilità, in modo da garantire unitarietà della gestione, ottimale collegamento tra percorsi clinici e assistenziali e necessaria flessibilità operativa; individua i servizi che, per motivi di organizzazione ed efficienza, sono comuni al Dipartimento, anche per quanto riguarda i locali, il personale, le apparecchiature, le strutture di erogazione delle prestazioni. Può prevedere la coesistenza di afferenze organizzate dal punto di vista gerarchico o, nell'ottica della trasversalità e della strutturazione a *matrice*, dal punto di vista funzionale.

Competono al Dipartimento le funzioni di governo clinico, coordinamento, orientamento, consulenza e supervisione finalizzate all'attuazione delle linee strategiche e di programmazione sanitaria nonché la responsabilità gestionale delle risorse (economiche, tecnologiche e di personale) assegnate.

Tra i compiti operativi più significativi si annoverano la pianificazione e l'organizzazione della produzione, il monitoraggio dei risultati ottenuti, la misurazione della performance e degli esiti, la valutazione dell'efficacia delle attività e degli interventi offerti, la proattività nel garantire l'integrazione funzionale tra le unità operative interne e tra queste e quelle distrettuali e/o ospedaliere, la formazione, la promozione della sicurezza e del coinvolgimento degli utenti, la tutela della comunicazione corretta e trasparente e dell'equità di accesso.

Il Dipartimento adotta inoltre linee guida e percorsi assistenziali improntati alla massima



appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione dell’azione clinica ed assistenziale; è inoltre funzionale all’adozione di modelli operativi tendenti al continuo miglioramento delle performance aziendali, con particolare riferimento alla digitalizzazione, alla telemedicina, all’innovazione tecnologica e organizzativa ed alla standardizzazione delle attività anche per evitare la frammentazione delle risposte e la variabilità delle opzioni erogative.

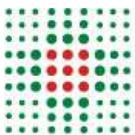
L’importante modificarsi del contesto epidemiologico, sia a livello nazionale che a livello locale, è tale da richiedere oggi di ripensare ai modelli clinico-assistenziali e dunque anche organizzativi aziendali.

3. Il Dipartimento dell’Integrazione

Il Dipartimento dell’Integrazione è deputato alla facilitazione delle connessioni tra *setting* assistenziali e alla costruzione e al presidio di servizi in rete ed integrati tra loro. Ad esso è assegnato un ruolo *pivot* nella gestione degli aspetti più critici della cronicità, finalizzato anche alla facilitazione e alla complementarietà di azione del Dipartimento Aziendale di Cure Primarie. In tal senso, rappresenta la macro-articolazione deputata alla gestione integrata dei percorsi di cura tra più *setting* assistenziali, rivolti in modo particolare a soggetti deboli, cronici e polipatologici, al fine di garantire attraverso percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali un continuo ed adeguato controllo dell’andamento della patologia e del contesto socio-sanitario.

In particolare:

- a) svolge un supporto nella gestione degli aspetti critici dei percorsi di continuità, potenzialmente in grado di generare *dropout* di pazienti negli *iter* di cura;
- b) contribuisce all’interazione e alla costruzione di una dialettica tra professionisti appartenenti a contesti istituzionali, gestionali e *setting* differenti, costituendo anche una sede di confronto e conoscenza reciproca;
- c) sovrintende all’applicazione delle logiche di *population health management* e alla costruzione dei relativi percorsi per la gestione delle risorse disponibili;
- d) detiene la *clinical governance* degli snodi funzionali e organizzativi per sviluppare percorsi in rete tra diversi *setting* assistenziali;
- e) è finalizzato a garantire percorsi di presa in carico strutturati per i soggetti deboli o cronici nei diversi *setting* assistenziali che compongono il sistema d’offerta aziendale (ospedaliero, territoriale e domiciliare);
- f) si prefigge di assicurare percorsi di cura e assistenza in maniera integrata con la componente sociosanitaria, i servizi sociali e gli Enti locali;
- g) è costituito a garanzia di continuità di risposta clinico-assistenziale, indipendentemente dal *setting* assistenziale in cui si colloca il paziente, in una determinata fase del percorso di cura;
- h) facilita l’interlocuzione tra i professionisti che collaborano nell’ambito del medesimo percorso di cura del paziente;



- i) assume un approccio di promozione e accrescimento delle competenze del paziente e del caregiver;
- j) facilita la comprensione degli aspetti clinici, dell'obiettivo delle cure e dei percorsi assistenziali per il paziente e il caregiver;
- k) definisce con i professionisti i percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali di competenza, centrandoli sulla persona e favorendo il miglior utilizzo possibile dei servizi presenti sul territorio.

Inoltre il Dipartimento si pone l'obiettivo di costruire una comunità di pratica che abbatta i confini ospedale-territorio, fra sedi Spoke e sedi Hub e agisca con una forte integrazione delle professionalità coinvolte, anche al fine di costruire le relazioni indispensabili alla continuità dell'assistenza, *in primis* con Medici di Medicina Generale e con gli specialisti, mantenendo al centro i bisogni del paziente.

Il Dipartimento dell'Integrazione, infine, si identifica come un soggetto in grado di affiancare ed integrare le articolazioni a gestione e *mission* più strettamente produttive come il Dipartimento Aziendale di Cure Primarie, oltre che le realtà distrettuali e ospedaliere più innovative e vivaci (Case delle Comunità, Centrali Operative Territoriali [COT], percorsi di affido o presa in carico ambulatoriali o di Day Service Diagnostico-Terapeutico), al fine di facilitare percorsi comuni e fornire supporto in ambito di *clinical governance* delle attività. Disponendo per costituzione di strumenti clinici e tecnologici (tra cui le varie declinazioni dei progetti di telemedicina), può favorire, attraverso i propri sistemi comunicativi, una diffusione e una condivisione di tutte le culture professionali, sia in ambito medico che delle professioni sanitarie.

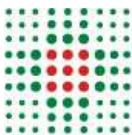
4. Mission

Gli obiettivi di cura nel paziente con cronicità sono quindi finalizzati al miglioramento del quadro clinico, dello stato funzionale e della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità ed al miglioramento della qualità di vita, con conseguente riduzione delle ospedalizzazioni.

Un'adeguata gestione della cronicità necessita di un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale, multidisciplinare e multilivello che possa permettere la realizzazione di progetti di cura personalizzati a lungo termine, la razionalizzazione dell'uso delle risorse, efficace ed efficiente, centrata sui bisogni globali e non solo clinici.

Attraverso la realizzazione di un piano di approccio completo, il Dipartimento rappresenta quindi lo strumento di traduzione della storia naturale della malattia e dei suoi snodi critici in prassi assistenziale; esso permetterebbe di specificare e di dettagliare l'insieme dei contributi, le singole attività e le rispettive modalità di erogazione, nonché le specifiche responsabilità di ognuno sui risultati attesi.

Il Dipartimento dell'integrazione diventa il percorso di sintesi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno, con l'intento di



promuovere, formulare ed attuare un progetto di cura e di assistenza che possa favorire la migliore condizione di salute e di benessere raggiungibile per il paziente.

Garantendo una *governance* della fase ospedaliera e, per estensione, anche di quella territoriale, è il contenitore in cui troverebbero spazio elementi di valutazione clinica, assistenziale, sociale, psicologica e linguistico-comunicativa, tutti integrati e condivisi con il nucleo familiare e/o con i *caregiver* del paziente, in modo da garantirne quanto più possibile l'*empowerment*.

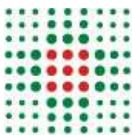
La *mission* del Dipartimento dell'Integrazione coincide pertanto con l'implementazione di percorsi finalizzati al raggiungimento di alcuni macro-obiettivi:

- a) promuovere azioni di governo del flusso di ricoveri ospedalieri dal domicilio, attraverso i percorsi dell'emergenza-urgenza ma anche peculiari vie dirette di accesso, finalizzate a ridurre il numero di accessi inappropriati ai Pronto Soccorso;
- b) assicurare strumenti e percorsi omogenei per le dimissioni verso la sede di provenienza o nuove destinazioni (interfaccia con Dipartimento Aziendale di Cure Primarie, Case della Comunità, aree distrettuali extra-ospedaliere di residenzialità, ambiti del Post-Acuzie);
- c) assicurare collegamenti con i percorsi di prevenzione primaria e diagnosi precoce;
- d) contribuire alla prevenzione e alla cura delle complicanze, delle comorbidità e delle disabilità;
- e) sviluppare modelli di welfare di comunità che favoriscano la qualità di vita;
- f) ottimizzare l'uso delle risorse disponibili (economiche, umane, strutturali, organizzative) facilitando la transizione dei pazienti fra i vari setting di cura, fra le sedi Hub e Spoke, fra gli ambulatori specialistici di I, II e III livello, sia nelle fasi del completamento diagnostico che in quelle della presa in carico, per evitare prestazioni ripetitive e/o ridondanti, anche attraverso lo sviluppo di percorsi innovativi che facilitino l'appropriatezza clinica e prescrittiva.

In questo modo, il Dipartimento dell'Integrazione diventa *l'exemplum* di un'organizzazione concepita come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cura per la cronicità, che interagisca con l'ospedale, la Specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria, attraverso la creazione di reti multispecialistiche dedicate e dimissioni assistite nel territorio, finalizzate a diminuire il *drop-out* della rete assistenziale, causa frequente di ri-ospedalizzazioni a breve termine e di *outcome* negativi nei pazienti con cronicità. Il Dipartimento interagisce con strutture intermedie e reti pluridisciplinari dislocate sul territorio, al fine di creare un sistema integrato volto ad uniformare ed ottimizzare il lavoro dell'assistenza primaria, della gestione clinica ospedaliera e della specialistica ambulatoriale, dando origine ad un *continuum* in rapporto all'obiettivo di cura prefissato, attraverso anche l'applicazione degli esistenti PDTA.

5. Funzioni del Dipartimento dell'Integrazione

Il Dipartimento dell'Integrazione, tramite gli organi indicati nel presente Regolamento e nella composizione prevista nei successivi articoli:

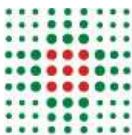


- a) assicura e coordina le funzioni clinico-assistenziali, assegnate alle Strutture in cui è articolato, privilegiando l'approccio multidisciplinare delle competenze professionali e l'utilizzo coordinato delle risorse assegnate (risorse umane, strumentali ed economiche) per garantire prestazioni sanitarie di qualità, secondo criteri di efficacia e di appropriatezza e che abbiano a riferimento la centralità del paziente;
- b) promuove e coordina le attività realizzate all'interno di esso, garantendo il rispetto dei regolamenti aziendali in conformità alle normative vigenti;
- c) promuove e favorisce il collegamento con attività extra-ospedaliere e strutture territoriali, ospedaliere e con il domicilio, anche al fine di assicurare la continuità assistenziale;
- d) individua e promuove nuove attività e/o modelli di assistenza, adeguandoli alle innovazioni tecnologiche ed organizzative (PDTA, percorsi di telemedicina, ecc);
- e) valuta e verifica la qualità dell'assistenza fornita;
- f) ottimizza l'uso delle risorse disponibili (economiche, umane, strutturali, organizzative) e promuove e favorisce le azioni relative ad un utilizzo appropriato, efficace ed efficiente delle stesse;
- g) pianifica l'utilizzo delle risorse umane e strumentali negoziate da esso o assegnate dall'Azienda USL;
- h) promuove tutte le iniziative e i provvedimenti finalizzati a soddisfare i requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie, in ottemperanza alla normativa vigente;
- i) assicura, in collaborazione con le funzioni aziendali di riferimento, il corretto accesso ai servizi, con particolare riferimento all'accesso alle prestazioni ambulatoriali;
- j) concorre a promuovere e curare lo svolgimento di attività di formazione, consulenza e di ricerca;
- k) facilita la valorizzazione e la partecipazione degli operatori al processo decisionale relativo alle scelte strategiche, organizzative e gestionali, finalizzate al miglioramento della qualità dei servizi e del rendimento delle risorse, garantendo una continua e capillare diffusione delle informazioni;
- l) favorisce l'omogeneizzazione delle modalità di organizzazione, gestione e funzionamento, partendo dal confronto delle differenti prassi e valorizzando le migliori pratiche, in un'ottica di miglioramento continuo, promozione della qualità e della sicurezza.

6. Il Direttore del Dipartimento dell'Integrazione

Il Direttore del Dipartimento è nominato dal Direttore Generale dell'Azienda USL di Modena entro una terna di candidati individuata dal Comitato di Dipartimento, sulla base di requisiti di esperienza professionale, *curriculum* scientifico, capacità gestionale ed organizzativa.

In caso di dissenso rispetto alla proposta del Comitato stesso, il Direttore Generale motiva le ragioni sottostanti alla scelta compiuta. Nei casi in cui, per motivate ragioni, non sia possibile



individuare una rosa di tre candidati, il Direttore del Dipartimento è nominato direttamente dal Direttore Generale.

Il Direttore del Dipartimento è scelto fra i Direttori delle Strutture Complesse di cui si compone il Dipartimento stesso, individuati mediante procedure ad evidenza pubblica ai sensi del D.Lgs. 502/1992, del D.Lgs. 517/99 o comunque equiparate ai sensi della normativa vigente.

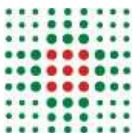
Il Direttore del Dipartimento mantiene la responsabilità della Struttura Complessa cui è preposto.

La durata dell'incarico è triennale ed è rinnovabile consecutivamente una sola volta, previa valutazione e verifica previste dalle norme vigenti per il personale del SSN.

Al termine del primo mandato, in caso di valutazione positiva, l'Azienda procede al rinnovo della Direzione del Dipartimento.

Il Direttore del Dipartimento esercita le seguenti funzioni:

- a) dirige il Dipartimento ai fini gestionali, garantendone il funzionamento e assicurando il coordinamento organizzativo e gestionale delle strutture di esso;
- b) rappresenta il Dipartimento nei rapporti con la Direzione Generale;
- c) negozia il *budget* globale di Dipartimento con la Direzione Generale e definisce i *budget* ed i piani di attività delle Strutture Complesse e delle Strutture Semplici di concerto con i rispettivi responsabili, sulla base delle linee guida preventivamente indicate dalla Direzione Generale;
- d) è responsabile del raggiungimento degli obiettivi di gestione del Dipartimento negoziati con la Direzione Generale; a tal fine emana direttive a tutto il personale operante all'interno del Dipartimento;
- e) partecipa di diritto al Collegio di Direzione Aziendale, garantendo la sinergia necessaria tra il Dipartimento e il Collegio di Direzione Aziendale per il conseguimento degli obiettivi;
- f) presiede il Comitato e l'Assemblea di Dipartimento, curandone la verbalizzazione delle sedute e l'attuazione delle decisioni assunte;
- g) promuove le attività del Dipartimento, vigila sull'osservanza di leggi e regolamenti, in particolare sorveglia sui corretti comportamenti sanciti dal codice di comportamento dei dipendenti pubblici e sulla diffusione delle misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi;
- h) assicura la continuità assistenziale ricercando, ove necessario, il collegamento con le realtà territoriali e promuovendo anche l'erogazione di prestazioni sociosanitarie, in particolare quelle ad elevata integrazione;
- i) facilita l'integrazione interistituzionale, promuovendo l'integrazione con gli Enti locali e, secondo il principio di sussidiarietà, con gli Enti del terzo settore;
- j) è responsabile operativo dell'applicazione del programma aziendale di gestione del rischio in ambito dipartimentale;
- k) assicura il perseguitamento della qualità e della sicurezza dell'assistenza attraverso il ricorso a metodologie e strumenti del governo clinico, al fine di uniformare i comportamenti



professionali a criteri di appropriatezza sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili, nonché di assicurare il corretto accesso ai servizi, con particolare riferimento alla gestione delle liste di attesa;

- I) valuta secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dai contratti collettivi i Direttori di Struttura Complessa, i Responsabili di Struttura Semplice afferenti al Dipartimento e garantisce la corretta applicazione del sistema di valutazione e del sistema di incentivazione economica da riconoscere al personale dirigente;
- m) propone alla Direzione Generale dell’Azienda, tenuto conto anche delle eventuali proposte dei Direttori di Struttura Complessa, l’istituzione, la modifica e la soppressione di Strutture Semplici e di Incarichi Professionali;
- n) trasmette alla Direzione Generale dell’Azienda le proposte dei Direttori di Struttura Complessa, in ordine alla nomina dei Responsabili di Struttura Semplice e degli Incarichi Professionali, esprimendo parere in merito;
- o) pianifica e promuove le attività di formazione e aggiornamento per il personale;
- p) promuove la valorizzazione e lo sviluppo professionale;
- q) ha la responsabilità complessiva dei cespiti assegnati dall’Azienda al Dipartimento, con facoltà di delega formale a una o più persone, col limite della indivisibilità dei singoli centri di costo;
- r) svolge la verifica periodica dei risultati e predispone annualmente una relazione sui risultati dell’attività assistenziale.

7. Il Comitato del Dipartimento dell’Integrazione

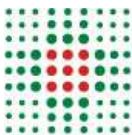
Il Comitato di Dipartimento è l’Organo collegiale di supporto al Direttore. È composto da membri di diritto, da membri eletti e da membri invitati permanenti.

I membri di diritto sono:

- i Direttori di Struttura Complessa (A),
- i Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale (B)
- i Responsabili di Struttura Semplice di Struttura Complessa (C)
- i dirigenti con Incarico Professionale di Altissima Professionalità (a1);
- i coordinatori infermieristici e tecnici di ogni unità operativa/servizio;
- il Dirigente delle Professioni Sanitarie e il/la Responsabile Assistenziale Dipartimentale.

I membri eletti con diritto di voto sono:

- n. 1 rappresentante fra il personale a tempo indeterminato riferito alla dirigenza medica;
- n. 1 rappresentante fra il personale a tempo indeterminato, riferibile alla dirigenza sanitaria non medica;



- n. 3 rappresentanti fra il personale a tempo indeterminato, riferibili alle professioni sanitarie di afferenza al Dipartimento dell'Integrazione, garantendo la multiprofessionalità;
- n. 1 rappresentante della medicina generale convenzionata individuato tra i referenti delle AFT¹ su indicazione degli stessi;
- n. 1 rappresentante della pediatria di libera scelta convenzionata individuato tra i referenti delle AFT¹ su indicazione degli stessi;
- n. 1 rappresentante della specialistica ambulatoriale convenzionata individuato nel referente aziendale.

Fanno altresì parte del Comitato di Dipartimento, quali **membri invitati permanenti**, senza diritto di voto:

- a) i Direttori delle Strutture Complesse afferenti *funzionalmente* al Dipartimento dell'Integrazione
 - Medicina Riabilitativa,
 - Endocrinologia;
- b) il Responsabile Unitario all'Accesso (RUA);
- c) il Dirigente Medico di Direzione Sanitaria Ospedale - Territorio referente per il Dipartimento;
- d) il Direttore Amministrativo del Dipartimento;
- e) il Responsabile del Servizio Gestione Personale Convenzionato;
- f) il Direttore del Dipartimento Aziendale di Cure Primarie;
- g) il Direttore (o referente/delegato) dell'Unità Operativa “Governo clinico a garanzia di appropriatezza dei percorsi assistenziali, di equità e qualità”.

Potranno altresì essere invitate a partecipare al Comitato di Dipartimento le diverse funzioni aziendali in base agli argomenti trattati.

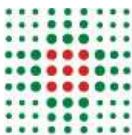
Il Comitato dura in carica tre anni dalla data di insediamento e permane in caso di rinnovo dell'incarico del Direttore, fino a naturale scadenza. In caso di cessazione anticipata per qualsiasi causa di un componente eletto, chi subentra, in quanto risultato primo dei non eletti o in mancanza a seguito di elezioni suppletive, rimane in carica per il solo periodo intercorrente tra la nomina stessa e la scadenza del mandato degli altri componenti eletti.

Le modalità di elezione sono indicate nel disciplinare predisposto in occasione delle elezioni.

I membri elettivi sono nominati dal Direttore del Dipartimento/Direzione Sanitaria.

¹ *Nelle more dell'istituzione delle AFT la definizione della componente elettiva per la medicina generale e per la pediatria di libera scelta avviene con le seguenti modalità:

- 1 rappresentante della medicina generale è designato dai Comitati Aziendali;
- 1 rappresentante dei Pediatri di Libera Scelta è designato dal Comitato Aziendale.



Il Comitato di Dipartimento svolge funzioni consultive, di proposta ed esprime pareri relativamente a:

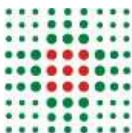
- a) razionale utilizzazione delle risorse del Dipartimento, nell'ottica della massima integrazione;
- b) linee generali di attività del Dipartimento, coerentemente con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Generale;
- c) sperimentazione ed adozione di modalità organizzative volte al miglioramento dell'efficienza e all'integrazione delle attività delle strutture che compongono il Dipartimento; d) risultati conseguiti ed azioni di miglioramento in esito alle valutazioni periodiche delle attività;
- d) coordinamento, sviluppo e monitoraggio delle attività di governo clinico;
- e) promozione e realizzazione di attività di ricerca clinica e operativa, finalizzata al miglioramento dell'efficacia ed alle modalità di erogazione dell'assistenza;
- f) valutazione e verifica della qualità dell'assistenza fornita e del corretto accesso ai servizi, con particolare riferimento alla gestione delle liste di attesa per l'attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale;
- g) pianificazione delle attività formative e di aggiornamento per il personale afferente al Dipartimento;
- h) approvazione del piano annuale di Dipartimento risultante dal processo di budgeting;
- i) negoziazione di budget globale del Dipartimento con la Direzione Generale, sulla base delle linee guida preventivamente indicate da esse;
- j) coordinamento dell'attività infra ed extra-ospedaliera connessa all'attività del Dipartimento;
- k) indicazione, sulla base di apposita votazione, di una terna di candidati da proporre per la nomina a Direttore del Dipartimento;
- l) utilizzo di risorse economiche assegnate al Dipartimento dall'Azienda, per l'incentivazione economica da riconoscere al personale del Dipartimento stesso;
- m) utilizzo dei fondi per l'acquisto di attrezzature ed altri fondi assegnati dall'Azienda al Dipartimento.

Le sedute ordinarie del Comitato di Dipartimento, convocate dal Direttore di Dipartimento almeno tre volte l'anno, sono valide con la presenza della metà più uno dei componenti il Comitato stesso con diritto di voto, dedotti gli assenti giustificati, e le decisioni sono validamente assunte con il voto favorevole della metà più uno dei presenti.

In caso di parità prevale il voto del Direttore del Dipartimento.

Le convocazioni riportano l'ordine del giorno della riunione.

Il Comitato di Dipartimento può essere convocato in via straordinaria qualora ne venga fatta richiesta dalla maggioranza dei membri con diritto di voto del Comitato stesso.



La convocazione dovrà essere inviata di norma entro i tre giorni lavorativi antecedenti la data fissata per la seduta. In caso di comprovata urgenza, il Direttore può convocare la seduta con un preavviso inferiore.

Di ogni seduta viene redatto un verbale riportante le decisioni prese, che viene trasmesso alla Direzione Generale.

8. Organizzazione del Dipartimento dell'Integrazione

Il Dipartimento è costituito da Strutture Complesse (A), Strutture Semplici Dipartimentali (B), Strutture Semplici di Struttura Complessa (C) e Incarichi Dirigenziali di Altissima Professionalità a valenza dipartimentale (a1), la cui aggregazione assicura la coerenza tra attività clinico-assistenziali ed è finalizzata all'utilizzo comune ed ottimale delle risorse umane e strumentali, nel rispetto delle competenze previste dall'ordinamento del servizio sanitario.

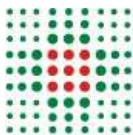
Le Strutture Complesse rappresentano l'articolazione settoriale del Dipartimento e possono ricoprendere al loro interno altre articolazioni organizzative. Ogni Struttura Complessa è caratterizzata da autonomia operativa per le specifiche competenze professionali, in campo clinico-assistenziale, scientifico, gestionale ed organizzativo, con responsabilità piena dell'utilizzo delle risorse assegnate e degli obiettivi stabiliti dalla programmazione aziendale.

Nel Dipartimento dell'Integrazione le strutture semplici sono articolazioni organizzative di strutture complesse, in quanto le relazioni organizzative ed assistenziali si sviluppano in prevalenza all'interno della struttura complessa medesima.

È prevista l'attribuzione di incarichi professionali ad altissima specializzazione, a valenza dipartimentale o di Struttura Complessa, al fine di una *governance* dei processi trasversali e a supporto della Direzione del Dipartimento. In considerazione della peculiarità ed innovazione del Dipartimento, gli incarichi, a seconda delle funzioni assegnate, potranno essere attribuiti a profili delle professioni sanitarie.

In fase di avvio, le articolazioni dipartimentali prevedono le seguenti Strutture Complesse (A):

- a) Struttura Complessa di Medicina Interna a Indirizzo Diabetologico;
 - b) Struttura Complessa di Geriatria Territoriale;
 - c) Struttura Complessa di Odontoiatria;
 - d) Struttura Complessa di Psicologia Clinica e di Comunità;
 - e) Struttura Complessa Reti Cliniche specialistiche integrate;
- e l'individuazione di due incarichi professionali ad altissima specializzazione a valenza dipartimentale (A1):
- a) Incarico professionale ad Altissima Specializzazione, a valenza dipartimentale, di Cure Intermedie;



- b) Incarico professionale ad Altissima Specializzazione, a valenza dipartimentale, di Telemedicina.

Inoltre afferiscono funzionalmente al Dipartimento dell'Integrazione, nella logica del miglioramento della presa in carico ed in coerenza con la rilettura organizzativa prevista dal DM 77/2022, al fine di garantire uniformità di percorsi inter-aziendali e provinciali:

- la Struttura Complessa di Medicina Riabilitativa, pertinente al Dipartimento di Medicina Interna e Riabilitativa;
- la Struttura Complessa di Endocrinologia, pertinente al Dipartimento di Medicina Interna e Riabilitativa.

La distribuzione dei gestori degli assetti territoriali è così delineata:

| | | GESTORE | |
|-------|---|---|-------------------------------------|
| | | DIPARTIMENTO AZIENDALE DI CURE PRIMARIE | DIPARTIMENTO DELL'INTEGRAZIONE |
| ASSET | Ospedali di Comunità (OsCo) | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Case della Comunità (CDC) | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | Centrali Operative Territoriali (COT) | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Punti Unici di Accesso (PUA) | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Centri Residenziali per Cure Palliative (Hospice) | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | Centri di Assistenza e Urgenza (CAU) | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | Unità di Continuità Assistenziale (UCA) | <input checked="" type="checkbox"/> | |

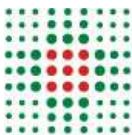
Per quanto non espressamente disciplinato dal presente regolamento si rinvia ai documenti istituzionali aziendali (Atto aziendale, Statuto, Manuale di organizzazione, ecc.), alle disposizioni vigenti, nazionali e regionali, concernenti la disciplina dell'organizzazione dipartimentale ed il funzionamento degli organi collegiali.

Si riporta di seguito una breve descrizione delle UOC che compongono il Dipartimento.

8.1 Struttura Complessa “Medicina Interna a Indirizzo Diabetologico”

Mission:

- presa in carico e cura della persona con diabete mellito, con visite mediche periodiche in relazione alle caratteristiche cliniche del paziente, al Percorso Assistenziale Individualizzato (PAI) e al Progetto di Salute, in sinergia con le articolazioni pediatriche di Azienda Ospedaliero-Universitaria e le Pediatrie di Comunità secondo procedure definite, condivise e sottoposte a costante aggiornamento;



- collaborazione coi Medici di Medicina Generale nei progetti di Gestione Integrata del diabete o nei percorsi di consulenza e discussione collegiale per le condizioni *borderline* (istituto telefonico dello SPOC – Specialist On Call);
- integrazione con le strutture ospedaliere di Azienda Ospedaliero-Universitaria e di Azienda USL, in particolare nell’ambito della dimissione protetta del paziente ricoverato, nell’ottica dell’implementazione di un’unica Rete diabetologica provinciale a garanzia di continuità ospedale-territorio;
- integrazione con le organizzazioni del territorio e Enti del terzo settore nell’ambito di iniziative di prevenzione e promozione della salute;
- screening e stadiazione periodica delle complicanze croniche della malattia diabetica;
- gestione del diabete in gravidanza e del diabete gestazionale.

Afferiscono alla SC “Medicina Interna a Indirizzo Diabetologico”: Dirigenti Medici e Specialisti Ambulatoriali Convenzionati e operatori delle Professioni Sanitarie (Infermieri, Dietisti, OSS).

Organizzazione: Responsabile Area Nord (Specialista Ambulatoriale Convenzionato), Responsabile UOS Coordinamento Attività Diabetologiche di Area Centro e Gestione Integrata del Paziente Diabetico con MMG, Responsabile UOS Coordinamento Attività Diabetologiche di Area Sud e Sviluppo Percorsi Inter-Aziendali delle Attività Diabetologiche e Sorveglianza dell’Appropriatezza d’Uso dei Farmaci Innovativi, IAS a Valenza Strategica Super “Gestione Percorsi e Formazione in Ambito di High Tech nel Paziente Diabetico” e Referenti di sede.

8.2 Struttura Complessa “Geriatria Territoriale”

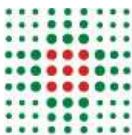
Mission: gestione della continuità assistenziale ospedale-territorio dell’anziano complesso (sindromi geriatriche, demenza e sue complicanze, anziano “fragile” con comorbilità, anziano con necessità di riabilitazione es. post ictus o frattura di femore, anziano con contesto sociale difficile e/o multiproblematico), attraverso dimissioni ospedaliere precoci, accesso alla rete di cure intermedie (OsCo e CRA), possibilità di rientro a domicilio con presa in carico nel contesto della assistenza territoriale (Case della Comunità, centri specialistici demenze, CDCC, ambulatori per la cronicità e la fragilità, MMG). Azioni finalizzate ad evitare il rientro in Ospedale dal domicilio, dalla CRA o da altri setting assistenziali.

Il modello organizzativo della Geriatria Territoriale mantiene una dimensione distrettuale: è costituito dagli ambulatori per la diagnosi e cura dei disturbi cognitivi e comportamentali, garanti dei LEA di percorso per la demenza, distribuiti nei differenti distretti sanitari.

Agli ambulatori per la gestione dei disturbi cognitivi si aggiungono gli ambulatori per la valutazione e presa in carico delle persone anziane fragili e multiproblematiche.

In capo alla UOC di Geriatria Territoriale vi è:

- l’intercettazione della fragilità dell’anziano e di tutti i fattori di rischio che possono portare a disabilità;



- il supporto al sistema ospedaliero provinciale nella gestione delle complicatezze dell’anziano fragile e/o con demenza (es. gestione del delirium) e nel favorire la dimissione di anziani ad elevata complessità, garantendo la continuità assistenziale dall’ospedale al sistema delle cure intermedie e alla rete socio-sanitaria per l’anziano non autosufficiente;
- il supporto clinico adeguato alla rete dei servizi per gli anziani non autosufficienti compreso le attività di governo clinico nelle CRA;
- il supporto alla medicina generale e al sistema delle cure primarie e ai servizi sociosanitari domiciliari e residenziali nella gestione degli anziani ad elevata complessità, nel fine vita e con disturbi cognitivo-comportamentali al fine di evitare ricoveri ospedalieri inappropriati ed istituzionalizzazione precoce;
- l’interazione efficace con la rete delle cure palliative per incrementare il ricorso all’approccio palliativo per la persona anziana in fase avanzata di malattia al fine di garantire la migliore gestione del fine vita;
- il potenziamento della rete di assistenza domiciliare (comprendente i progetti di comunità) per la persona anziana;
- l’implementazione e sviluppo degli interventi psico-sociali, ivi compresi quelli di prevenzione, in collaborazione con le associazioni e gli Enti locali nonché dei progetti “Dementia Friendly Community” e di eventi di sensibilizzazione rivolti alla cittadinanza (es. Settimana Alzheimer, Caregiver Day, Palestre della Memoria, ecc.);
- il supporto al caregiver e alle persone che garantiscono assistenza al paziente;
- la partecipazione alla realizzazione e allo sviluppo della rete clinica geriatrica delle aziende sanitarie modenesi.

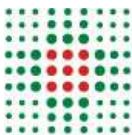
Afferisce alla “UOC di Geriatria Territoriale” una equipe multiprofessionale costituita da Geriatri (Dirigenti Medici e Specialisti Ambulatoriali Convenzionati), Infermieri, OSS, Terapisti Occupazionali, Psicologi, Neuropsicologi, Chinesiologo, Dietista).

Organizzazione: Responsabile Area Nord, Responsabile Area Centro, Responsabile Area Sud, Responsabile Formazione.

8.3 Struttura Complessa “Odontoiatria”

Mission: La Struttura Complessa di Odontoiatria, sostanziale articolazione di Odontostomatologia e Chirurgia Orale, ha la missione assistenziale di garantire un’uniformità di cure odontoiatriche, partendo dall’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in Odontoiatria (indicazioni ministeriali DPCM 12 Gennaio 2017), e di garantire le cure odontoiatriche secondo le indicazioni del DGR 374/2008, in particolare nei confronti di pazienti vulnerabili, residenti in Emilia Romagna, con peculiare attenzione al Chronic Care Model.

Il modello organizzativo aziendale risponde ai bisogni di assistenza odontoiatrica nei luoghi di domiciliarità e/o residenza (RSA residenziali o semiresidenziali, sedi ambulatoriali, Ospedali di



Comunità, Case della Comunità) sull'intero territorio provinciale. La SC garantisce una serie di attività territoriali attraverso un'organizzazione capillare presente nei Distretti.

Il 50% dell'attività è riferibile a utenti caratterizzati da vulnerabilità sociale (rispetto dei valori ISEE parametrati da RER) e per i quali si erogano visite odontoiatriche e prestazioni CUP, secondo le indicazioni del nomenclatore ed il rispetto degli stessi LEA. Per il restante 50% il modello assistenziale odontoiatrico si rivolge a pazienti con vulnerabilità sanitaria, affetti da patologie neurologiche con difficili aspetti collaborativi, sindromici in età pediatrica, utenti della Salute Penitenziaria. Questo modello richiede doti di sensibilità, esperienza professionale e disponibilità ad una odontoiatria per pazienti con bisogni speciali, imponendo la presa in carico, l'autogestione e la garanzia di continuità terapeutica, nell'ottica di una medicina proattiva.

Afferiscono alla SC "Odontoiatria": Dirigenti Medici, Specialisti Ambulatoriali Convenzionati, operatori delle Professioni Sanitarie (Infermiere, Igienista Dentale) e ASO (Assistenti alla poltrona odontoiatrica).

Organizzazione: la Struttura Complessa dispone di: un Referente di branca in Odontoiatria per la specialistica ambulatoriale, una figura amministrativa di Segreteria-Data Management a tempo pieno, un coordinatore infermieristico provinciale, un responsabile Qualità, Accreditamento, Formazione e gestione del Progetto di Riabilitazione Protesica e Digital Fluid e responsabili di progetti clinici , individuabili anche nella specialistica ambulatoriale (Chirurgia orale; Sala Operatoria e Pronto Soccorso; Disabilità e Chronic Care Model; Conservativa ed Endodonzia; Conservativa Pediatrica e Ortognatodonzia).

8.4 Struttura Complessa "Psicologia Clinica e di Comunità"

Mission: Presa in carico psicologica, attraverso percorsi territoriali e ospedalieri trasversali, di minori e famiglie, adulti con patologia, adolescenti, pazienti di cure intermedie.

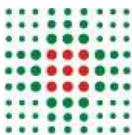
Governo unico della Psicologia Clinica e di Comunità, in collaborazione con le Direzioni dei servizi territoriali ed ospedalieri, per individuare più agevolmente i profili clinici dell'utenza psicologica e i relativi percorsi in integrazione multiprofessionale.

Organizzazione della funzione psicologica aziendale, per ottimizzare le risorse presenti in Azienda, effettuare una adeguata analisi della domanda psicologica, rendere omogenee le modalità di intervento nei diversi servizi e distretti garantendo equità, attivare in tempi brevi progettualità specifiche anche in contesto emergenziale.

Funzione di coordinamento gestionale delle attività e delle risorse.

Ed in particolare:

- a) perimetrare ruolo, compiti e funzione dello psicologo che, nell'ambito della nostra azienda, sta assumendo sempre più connotazioni funzionali specifiche in base ai *setting* di appartenenza;
- b) definire di un profilo identitario chiaro della professione di psicologo che va integrato nei vari setting assistenziali;



- c) valorizzare il ruolo della funzione psicologica per un approccio integrato (multidisciplinare e multiprofessionale) alla persona e come ponte tra gli aspetti sanitari e sociali;
- d) ottimizzare il livello organizzativo e la valorizzazione dell'integrazione delle competenze psicologiche con le attività assistenziali in azienda in una logica di sistema a rete.

Afferiscono alla SC “Psicologia Clinica e di Comunità”: Dirigenti Sanitari non medici (Psicologi), Specialisti Ambulatoriali Convenzionati e operatori delle Professioni Sanitarie (infermieri).

Organizzazione: SS Percorsi territoriali della psicologia, SS Psicologia clinica minori e famiglie, SS Psicologia clinica adulto, SS Centri per l'adolescenza, SS Psicologia ospedaliera e delle cure intermedie, SS Psicologia Clinica in Età Evolutiva. Afferiscono alla UOC di Psicologia clinica e di Comunità gli psicologi operativi presso la Geriatria Territoriale, gli psicologi operativi nelle Rete Locale di Cure Palliative e gli Psicologi operativi o presso il Carcere in Psicologia Penitenziaria.

8.5 Struttura Complessa “Reti cliniche specialistiche integrate”

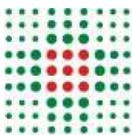
Mission: Sviluppo, monitoraggio ed implementazione degli strumenti e dei percorsi di accesso dei cittadini della Provincia di Modena alle prestazioni sanitarie.

A tale scopo la struttura è chiamata a presidiare i seguenti settori di attività:

- la funzione di coordinamento nella gestione e definizione delle reti integrate dei servizi al fine di garantire la globalità e continuità delle cure e dell'assistenza e di facilitare la presa in carico dei cittadini anche nei passaggi nei diversi setting assistenziali specialistici;
- la funzione di coordinamento e monitoraggio della programmazione specialistica erogata dalle Unità Operative e dai Dipartimenti e di integrazione tra le attività della specialistica ambulatoria- le nei diversi setting;
- la funzione di gestione e la responsabilità sugli elementi di garanzia dell'offerta e di accesso alle prestazioni, di informazione e rendicontazione.

Obiettivi della struttura sono:

- coniugare il governo delle reti, quale modello integrato volto all'implementazione di modelli organizzativi integrati delle specifiche reti cliniche con la programmazione ed il monitoraggio dell'offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale basandosi sull'analisi dei bisogni del cittadino e sulla disponibilità di visite ed esami entro i tempi e i modi stabiliti dalla normativa nazionale e regionale, per l'efficientamento della gestione delle agende di accesso alla specialistica ambulatoriale (visite, diagnostica e interventi di chirurgia), i sistemi/percorsi di presa in carico, il catalogo e la rendicontazione delle prestazioni;
- garantire una risposta sanitaria accessibile a tutti i cittadini, nel rispetto dei tempi e dei principi dell'appropriatezza prescrittiva con i contenuti clinico assistenziali e riabilitativi adeguati, a garanzia dell'equità nell'offerta sanitaria provinciale;
- sviluppare l'organizzazione aziendale, secondo un modello di stretto rapporto tra strutture

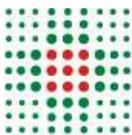


territoriali ed ospedaliere, che garantisca flessibilità organizzativa e professionale, in modo da rispondere proattivamente a cambiamenti dei bisogni sanitari sempre più rapidi;

- garantire la definizione di un sistema aziendale di percorsi per la presa in carico personalizzata degli utenti.

La UOC pertanto è chiamata a:

- presidiare l'organizzazione dei percorsi sanitari secondo modelli innovativi clinici e organizzativi che siano più funzionali alle esigenze dei cittadini e che facilitino l'accesso ai percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali e una maggiore integrazione tra i professionisti ospedalieri e territoriali nonché un miglior utilizzo delle risorse e la continuità delle cure;
- garantire il sistema di offerta di prestazioni ambulatoriali e degli eventuali approfondimenti, al fine del completamento diagnostico, e adeguati percorsi di presa in carico dedicati soprattutto alle malattie croniche, in conformità ai LEA e a quanto indicato nei protocolli, nelle raccomandazioni e nelle linee guida nazionali e regionali per il territorio provinciale;
- supportare la Direzione Strategica, di concerto con le UU.OO. di Staff dell'Area Programmazione e Controllo, nell'analisi del fabbisogno di produzione specialistica, nella valutazione della composizione dell'offerta aziendale sia attraverso i dipartimenti ospedalieri e gli specialisti convenzionati, che attraverso i contratti di fornitura del Privato accreditato, intervenendo sulla distribuzione territoriale dell'offerta sulla base della progettualità aziendale di risposta di prossimità all'interno delle reti cliniche assistenziali;
- implementare la capacità aziendale di presa in carico del cittadino per il suo bisogno di salute e la continuità dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali sul territorio provinciale per l'età adulta, pediatrica e neonatale;
- garantire la continuità assistenziale e l'integrazione operativa tra servizi territoriali e strutture ospedaliere, ottimizzando al massimo tempi e modalità di intervento con l'applicazione di protocoli diagnostico-terapeutici assistenziali e riabilitativi condivisi su tutto il territorio provinciale, nell'ambito delle reti cliniche, anche con riferimento ai percorsi dell'area socio-sanitaria;
- coordinare e definire unitamente alle UU.OO. dei Dipartimenti di Produzione l'attività delle strutture ambulatoriali e delle case della comunità coerentemente alle linee di progettualità aziendale di risposta di prossimità;
- definire le reti dell'offerta specialistica ambulatoriale sia nel livello assistenziale ospedaliero che in quello territoriale mettendo in relazione i diversi setting, le competenze specifiche e i diversi ruoli e profili sanitari di assistenza, integrando e ridisegnando un sistema di risposta che vede la collaborazione e relazione diretta degli specialisti ambulatoriali e dei dirigenti medici territoriali ed ospedalieri;
- gestire i rapporti e il raccordo operativo con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena e Ospedale di Sassuolo Spa per quanto riguarda l'attuazione degli accordi di fornitura funzionali alla gestione delle liste di attesa;



- migliorare l'appropriatezza organizzativa, dei trattamenti, degli esiti delle cure e dei livelli di qualità erogati dalle reti;
- contribuire a riqualificare l'offerta sanitaria per rendere più efficace la spesa sanitaria e socio-sanitaria onde incrementare la complessiva sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale.

9. Incarico professionale ad altissima specializzazione a valenza dipartimentale “Cure Intermedie”

Mission: Gestire la clinical governance dei modelli organizzativi delle Cure Intermedie, rivolgendosi a pazienti che necessitano di interventi sanitari complessi, ma non acuti, o che richiedono un monitoraggio costante, fornendo una vasta gamma di servizi e trattamenti, mettendo a disposizione una risposta assistenziale intermedia tra il ricovero ospedaliero e l'assistenza domiciliare.

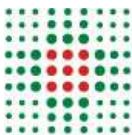
Le Cure Intermedie possono includere terapie di riabilitazione, terapie per la gestione del dolore, supporto psicologico, assistenza infermieristica e sociosanitaria.

I percorsi di Cure Intermedie devono caratterizzarsi per:

- tempestività (l'accesso ad esse avviene in tempi rapidi, in risposta a bisogni sanitari che non possono essere gestiti a domicilio),
- continuità assistenziale (garanzia di percorso di cura personalizzato e integrato tra ospedale, territorio e domicilio),
- multidisciplinarietà (l'équipe di cura è generalmente composta da diverse figure professionali, tra cui medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi e assistenti sociali, ecc.),
- flessibilità (i luoghi di cura possono variare in base alle esigenze del paziente, includendo residenze sanitarie assistite [RSA], Casa Residenza Anziani [CRA], ospedali di comunità [OsCo], centri di riabilitazione e post-acuzie).

Tra i principali obiettivi delle Cure Intermedie vi è:

- ridurre i tempi di degenza ospedaliera, consentendo ai pazienti di recuperare in un ambiente meno invasivo e più familiare;
- prevenire ricoveri inappropriati, fornendo un'adeguata assistenza e monitoraggio ai pazienti che necessitano di cure più intense ma non richiedono un ricovero ospedaliero a lungo termine;
- promuovere dell'autonomia e della riabilitazione del paziente, offrendo programmi personalizzati di terapia fisica, terapia occupazionale e supporto psicologico;
- migliorare la qualità di vita non solo del paziente, ma anche della sua famiglia. Attraverso un approccio multidisciplinare, esse cercano di alleviare il carico emotivo e pratico che la malattia o la disabilità possono comportare per i familiari, fornendo loro le risorse e il supporto necessari per affrontare le sfide legate alla cura del loro caro;

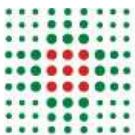


- garantire un'assistenza completa e integrata, che tenga conto delle varie esigenze del paziente, contribuendo così a migliorare complessivamente il loro benessere e la qualità della vita.

10. Incarico professionale ad altissima specializzazione a valenza dipartimentale “Telemedicina”

Mission: Supportare la realizzazione di progetti di Telemedicina nelle sue funzioni di trasversalità e in particolare:

- a) garantire la gestione dei gruppi e/o Cabine di Regia aziendali e/o interaziendali;
- b) assicurare il collegamento con Regione e/o enti esterni in materia di Telemedicina;
- c) garantire il raccordo intra-aziendale con i Servizi dedicati all’Ingegneria Clinica e all’Informatica;
- d) coordinare le attività necessarie all’implementazione delle progettualità di medicina ed assistenza in rete, attraverso il collegamento (in fase progettuale e gestionale) con gli operatori dei Distretti;
- e) supportare i **progetti di ricerca** regionali ed extraregionali (es. CIRCE);
- f) supportare le attività di **televisita** in ambito specialistico;
- g) supportare le attività di **telemonitoraggio**, con partecipazione al progetto regionale della cronicità (spirometria, monitoraggio dei parametri vitali, monitoraggio del peso corporeo, *follow up* dei pazienti ipertesi) in ambito diabetologico, odontostomatologico, pneumologico e nefrologico;
- h) supportare le attività della **Centrale provinciale di Telemedicina** all'interno della Centrale Operativa Territoriale (COT) di Modena ed implementazione di analoghi progetti pilota nei vari Distretti;
- i) implementare le attività di **teleconsulto**;
- j) supportare i programmi di **telerefertazione** (ad es. elettrocardiogrammi e retinogrammi nell'ambito dei percorsi diabetologici provinciali, nonché per i progetti in essere);
- k) sostenere l'implementazione della telemedicina all'interno del **Progetto Salute Penitenziaria** (televisita psichiatrica, televisita diabetologica, televisita odontostomatologica, televisita pneumologica, telerefertazione spirometrie).



11. Normativa di riferimento

I riferimenti normativi per la definizione del contenuto del presente regolamento sono da individuarsi essenzialmente nelle seguenti fonti:

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della L. 23 ottobre1992, n.421” e s.m.i.;
- L.R. 23 dicembre 2004, n. 29 recante “Norme generali sull’organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale” e s.m.i.;
- Delibera di Giunta Regionale n. 86 del 30/01/2006 “Direttiva alle Aziende Sanitarie per l’adozione dell’Atto Aziendale”;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 258 del 30/07/2024 “Modifica al Manuale Organizzativo di cui alla Deliberazione n. 48/2020: revisione dell’assetto organizzativo del Dipartimento Aziendale Cure Primarie e del setting della “Transitional Care”. Istituzione del Dipartimento dell’Integrazione”;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 299 del 13/09/2024 “Modifiche all’Atto Aziendale della Azienda USL di Modena” che ha aggiornato l’Atto aziendale relativamente all’istituzione del Dipartimento dell’Integrazione;
- Delibera di Giunta Regionale n. 2117 del 11/11/2024 (verifica di conformità della modifica dell’Atto aziendale relativamente alla costituzione del Dipartimento dell’Integrazione);
- CC.CC.NN.LL. vigenti dell’Area della Dirigenza sanità, dell’Area delle Funzioni locali e dell’Area del Comparto sanità.